

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PATOLOGI
DENGAN KASUS PERSALINAN POST MATUR
DI PUSKESMAS BARA-BARAYA MAKASSAR
TANGGAL 23 MEI 2016**



**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Meraih Gelar Ahli Madya Kebidanan
Prodi Kebidanan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas
Islam Negeri Alauddin Makassar**

Oleh :

**NURWARIDHA
NIM : 70400113014**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR**

2016

HALAMAN PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PATOLOGI DENGAN PERSALINAN POST MATUR DI PUSKESMAS BARA-BARAYA MAKASSAR TAHUN 2016", yang disusun oleh NURWARIDHA, NIM: 70400113014, mahasiswa jurusan Kebidanan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam ujian karya tulis ilmiah yang diselenggarakan pada hari Rabu, 19 Oktober 2016, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan, Jurusan Kebidanan (dengan beberapa perbaikan).

Samata, 12 Mey 2017

DEWAN PENGUJI:

Ketua : Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc (.....)

Sekretaris : Hj. Sitti Saleha, S.SiT., SKM., M.Keb (.....)

Pembimbing 1 : Firdayanti, S.SiT., M.Keb (.....)

Penguji I : A. Sri Hastuti Handayani, S.ST (.....)

Penguji II : Dr. Sohra, M.Ag (.....)

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar

Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc
NIP: 19550203 198312 1 001

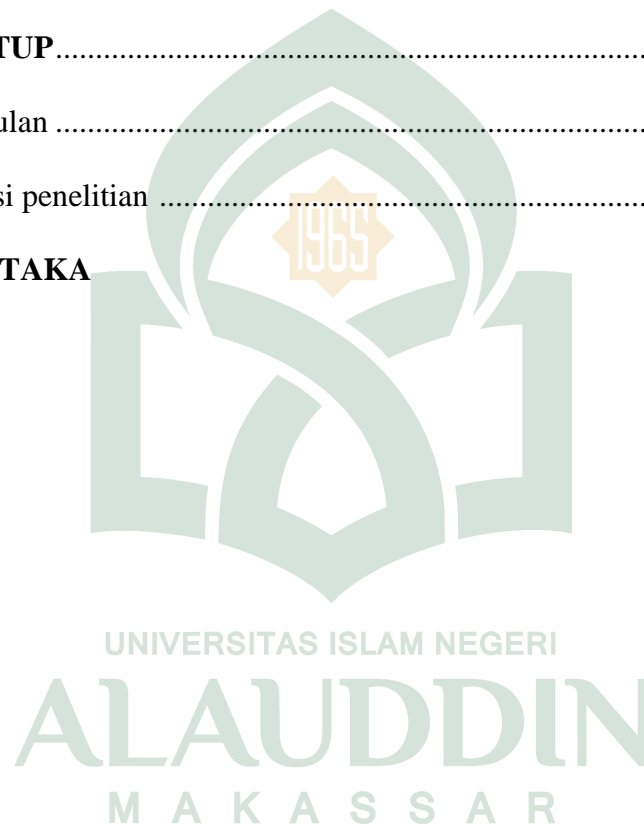
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH	iii
HALAMAN PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Ruang lingkup pembahasan.....	3
C. Tujuan penulisan.....	4
D. Manfaat penulisan.....	5
E. Metode penulisan.....	5
F. Sistematika penulisan	7
BAB II: TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan umum tentang persalinan.....	9
1. Pengertian persalinan.....	9
2. Jenis-jenis persalinan.....	10
3. Tahapan dalam persalinan	11
4. Mekanisme persalinan	16

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan.....	18
B. Tinjauan Khusus Persalinan Dengan Persalinan Post Matur.....	20
1. Pengertian persalinan post matur.....	20
2. Etiologi persalinan post matur.....	21
3. Diagnosis persalinan post matur.....	23
4. Komplikasi persalinan post matur.....	24
5. Penanganan persalinan post matur.....	27
C. Tinjauan Khusus Tentang Bayi Dengan Persalinan Post Matur.....	30
1. Pengertian bayi baru lahir dengan persalinan post matur.....	30
2. Ciri-ciri bayi baru lahir dengan persalinan post matur.....	30
3. Komplikasi bayi baru lahir dengan persalinan post matur.....	31
4. Penanganan bayi baru lahir dengan persalinan post matur.....	33
D. Tinjauan Islam Tentang Manajemen Asuhan Persalinan.....	35
E. Proses Manajemen Asuhan Kebidanan.....	39
1. Pengertian manajemen asuhan kebidanan.....	39
2. Tahapan manajemen asuhan kebidanan.....	39
3. Pendokumentasian asuhan kebidanan.....	47
BAB III STUDI KASUS.....	49
A. Kala I.....	49
B. Kala II.....	77
C. Kala III.....	97
D. Kala IV.....	104

BAB IV PEMBAHASAN.....	116
A. Kala I.....	116
B. Kala II.....	129
C. Kala III	137
D. Kala IV	142
BAB V PENUTUP.....	147
A. Kesimpulan	147
B. Implikasi penelitian	149

DAFTAR PUSTAKA



KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunianya sehingga penyusun Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **”MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGI DENGAN KASUS PERSALINAN POST MATUR DI PUSKESMAS BARA-BARAYA MAKASSAR TAHUN 2016“** dapat diselesaikan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan D3 kebidanan fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan Uin Alauddin Makassar. Teriring salam dan salawat semoga tercurahkan kepada teladan dan junjungan kita Rasulullah SAW beserta keluarga, sahabat dan orang – orang yang senantiasa istiqomah mengikuti jalan dakwahnya hingga akhir zaman .

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada kedua orang tua saya tercinta ibunda Mantasiah dan ayahanda Jawabuddin Masaong atas segala perhatian, kasih sayang, doa restu serta pengorbanan yang tak terhingga dan semua pihak keluarga yang senantiasa memberikan nasehat, doa, serta bantuan-bantuannya dalam bentuk apapun.

Penulis menyadari bahwa selesainya penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Musafir Pababbari., M.Si selaku rektor UIN Alauddin Makassar beserta stafnya yang telah memberikan kebijakan-kebijakan demi membangun UIN Alauddin Makassar agar lebih berkualitas sehingga dapat bersaing dengan perguruan tinggi lainnya.
2. Bapak Dr. dr. Armyun Nurdin., M.Sc selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan dan seluruh jajaran serta stafnya yang telah menyediakan berbagai fasilitas kepada kami selama masa pendidikan.
3. Ibu Hj. Sitti Saleha., S.SiT, SKM., M.Keb selaku ketua jurusan prodi Kebidanan yang telah memberi banyak masukan dan kontribusi yang besar kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan.
4. Ibu Firdayanti., S.SiT., M.Keb, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang dengan ikhlas telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya dalam memberikan bimbingan, arahan, petunjuk, dan motivasi kepada penulis dari awal hingga akhir proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu A. Sri Hastuti Handayani Usman., S.ST, selaku penguji karya Tulis Ilmiah yang juga telah memberikan banyak masukan dan kontribusi yang besar kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan memperoleh gelar Amd.Keb.
6. Ibu Dr. Hj. Sohra., M.Ag selaku penguji Agama Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan masukan serta motivasi khususnya dalam bidang keagamaan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Para dosen prodi Kebidanan yang telah berjasa mengajar dan mendidik penulis serta memberikan wawasan, pengetahuan, dan nasehat selama penulis menimba ilmu di Jurusan Kebidanan.
8. Gubernur Sulawesi Selatan/Badan dan Pengembangan Daerah (BALITBANGDA) Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan Izin dan rekomendasi penelitian kepada penulis.
9. Bapak Namchar Kautshar, SKM., MM., M.Kes, selaku kepala puskesmas Bara-Baraya Kasubag Tata Usaha beserta stafnya yang telah memberikan izin dan bantuan pada penulis untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Bara-Baraya Makassar.
10. Kepada Petugas di Ruangan Bersalin Puskesmas Bara-baraya yang telah memberikan banyak bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

11. Kepada Sahabat seperjuangan ku Syahrini Rauf, Umra Reski, Nur Hikma, Ahdatul Hasanah, yang telah memberikan masukan dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

12. Kepada semua saudari seperjuangan di Kebidanan UIN Alauddin Makassar khususnya Angkatan 2013 yang tidak bisa penulis tuliskan satu persatu, yang telah memberikan bantuan dan motivasi serta doa kepada penulis selama menjalani pendidikan di UIN Alauddin Makassar.

Penulis juga menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Tidak lupa penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya jika ada salah dan khilaf selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, Allah tiada tuhan melaikan dia, yang hidup kekal lagi terus menerus mengurus makhluknya. semoga segala apa yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan yang setimpal darinya, Amin.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Makassar , Januari 2016

Penulis



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKB) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat. Menurut *World Health Organization* (WHO) kematian ibu adalah kematian selama kehamilan atau periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, yang terkait dengan kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera, sedangkan kematian bayi adalah kematian anak yang tidak menunjukkan tanda – tanda hidup waktu dilahirkan dan anak yang meninggal dalam minggu pertama dalam kehidupannya (Saifuddin. 2011).

Berdasarkan data yang dikumpulkan oleh WHO pada tahun 2008, AKN (Angka Kematian Neonatus) di dunia adalah 26 per 1000 kelahiran hidup. Disisi lain kelahiran dengan asfiksia menempati urutan ke 5, yaitu sebanyak 9% sebagai penyebab kematian anak tertinggi di dunia setelah penyakit lain.

Profil kesehatan Indonesia tahun 2008 menunjukkan bahwa, pada tahun 2007 indonesia menempati posisi ke 3 untuk AKB (Angka kematian Bayi) tertinggi di ASEAN (*Association Of Southeast Asian Nations*) yakni 34 per 1,000 kelahiran hidup. Sedangkan posisi pertama ditempati oleh Laos dan Myanmar dengan AKB (Angka Kematian Bayi) sebesar 70 per

1,000 kelahiran hidup dan posisi kedua ditempati oleh Kamboja sebesar 67 per 1,00 kelahiran hidup.

Selain angka kematian bayi, Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 1000 kelahiran hidup.

Penyebab kematian ibu dibagi menjadi 2 yaitu kematian langsung yang disebabkan oleh komplikasi – komplikasi kehamilan, persalinan, masa nifas dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut, sedangkan kematian ibu tidak langsung disebabkan oleh penyakit-penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan (Prawirohardjo, 2010).

Di kota Makassar, AKI pada tahun 2009 mencapai 118 orang atau 78,84% per 1,000 kelahiran hidup, tahun 2010 menurun menjadi 114 orang atau 77,13% per 1,000 kelahiran hidup, dimana 64,3% disebabkan oleh komplikasi persalinan (Dinkes.ProvSulSel, 2012). Dan pada tahun 2011 angka kematian ibu menjadi 97 per 1,000 kelahiran hidup. (Dinkes.ProvSulSel, 2013).

Adapun data AKB yang di peroleh dari Dinas kesehatan yaitu pada tahun 2007 menjadi 41 per 1,000 kelahiran hidup dibandingkan hasil Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) selama tahun 2006 yaitu 36 per 1,000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan, 2009).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Plus Bara-Baraya Makassar, Pada tahun 2014 terdapat 619 persalinan dan 81 diantaranya mengalami persalinan post matur, dan pada tahun 2015 terdapat 512 persalinan dan 96 diantaranya mengalami persalinan post matur.

Persalinan post matur mempunyai hubungan erat dengan mortalitas dan morbiditas perinatal. Sementara itu, risiko bagi ibu dengan persalinan post matur dapat berupa perdarahan pasca persalinan atau tindakan *obstetric* yang meningkat. Berbeda dengan angka kematian ibu yang cenderung menurun, angka kematian bayi masih menunjukkan angka yang cukup tinggi, sehingga pemahaman dan penatalaksanaan yang tepat terhadap persalinan post matur akan memberi pengaruh dalam upaya menurunkan angka kematian, terutama kematian perinatal.

Mengingat pentingnya hal ini, maka penulis tertarik untuk melakukan pengkajian tentang kasus persalinan post matur di Puskesmas Plus Bara-baraya Makassar berdasarkan pendekatan manajemen asuhan kebidanan yang telah ada.

B. Ruang Lingkup Pembahasan

Dalam pembahasan studi ini menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan intranatal pada Kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Dilakukan asuhan kebidanan pada kasus persalinan post matur dengan menerapkan manajemen asuhan kebidanan secara nyata sesuai dengan standar dan wewenang bidan di Puskesmas Plus Bara-Baraya Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan pengumpulan data dan analisis data dasar pada Kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.
- b. Dilaksanakan pengidentifikasian diagnosa / masalah actual pada Kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.
- c. Dilaksanakan pengidentifikasian diagnosa / masalah potensial pada Kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.
- d. Dilaksanakan perlunya tindakan segera dan kolaborasi pada kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.
- e. Dilaksanakan rencana tindakan asuhan kebidanan sesuai dengan kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.
- f. Dilaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.

- g. Dilaksanakan evaluasi tindakan asuhan kebidanan pada Kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.
- h. Didokumentasikan semua temuan dan tindakan dalam asuhan kebidanan yang telah di laksanakan pada Kasus persalinan post matur di Puskesmas plus Bara-Baraya Makassar.

D. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat dari penulisan pada kasus tersebut di atas adalah :

1. Instansi

Sebagai sumber informasi dan menambah pengetahuan kepada instansi terkait dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

2. Institusi

Sebagai bahan pembelajaran dan sumber pengetahuan untuk penulis berikutnya.

E. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini adalah :

1. Studi Pustaka

Penulis membaca dan mempelajari buku-buku serta literatur yang berhubungan dengan kasus persalinan post matur.

2. Studi Kasus

Dengan menggunakan metode pendekatan proses manajemen asuhan kebidanan yang meliputi pengumpulan data analisa data, perumusan diagnosa /masalah aktual dan potensial, perencanaan

tindakan, evaluasi dan pendokumentasian Untuk memperoleh data dalam pengkajian, penulis menggunakan teknik :

a. Anamnesa

Penulis melakukan tanya jawab dengan klien, keluarga, bidan dan dokter yang berada di kamar bersalin yang berhubungan dengan kasus yang di hadapi pasien.

b. Observasi

Penulis memperoleh data dengan cara melakukan pengamatan langsung.

c. Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dan sistematis agar didapatkan data yang akurat.

3. Studi dokumentasi

Penulis memperoleh informasi berdasarkan catatan medis pasien, baik dari bidan,dokter maupun data penunjang lainnya.

4. Diskusi

Penulis melakukan diskusi dengan tenaga kesehatan, pembimbing dan institusi demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang digunakan dalam studi kasus ini sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Ruang Lingkup Pembahasan
- C. Tujuan Penulisan
- D. Manfaat Penulisan
- E. Metode Penulisan
- F. Sistematika Penulisan

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

- A. Tinjauan umum tentang persalinan
 - 1. Tahap – tahap dalam proses persalinan
 - 2. Mekanisme persalinan
 - 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan
- B. Tinjauan khusus tentang persalinan post matur.
 - 1. Pengertian persalinan post matur
 - 2. Etiologi persalinan post matur
 - 3. Diagnosis persalinan post matur
 - 4. Komplikasi persalinan post matur
 - 5. Penanganan persalinan post matur

C. Tinjauan khusus tentang bayi baru lahir dengan persalinan post matur:

1. Pengertian bayi baru lahir dengan persalinan post matur
2. Komplikasi bayi baru lahir dengan persalinan post matur
3. Penanganan bayi baru lahir dengan persalinan post matur

D. Tinjauan Islam tentang persalinan post matur

E. Proses manajemen asuhan kebidanan

1. Pengertian manajemen asuhan kebidanan
2. Tahapan dalam manajemen asuhan kebidanan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Persalinan Normal

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks. Masa kehamilan di mulai dari konsepsi dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Indrayani, 2013).

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Rohani, 2011).

Menurut (Manuaba, 2010) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi(janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Sedangkan Menurut (Mochtar, 1998) partus normal adalah proses lahirnya bayi dengan letak belakang kepala dengan tenaga ibu tanpa bantuan alat –alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung 24 jam.

Persalinan normal menurut WHO adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, berisiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan masa gestasi 37-42 minggu.

Persalinan normal menurut IBI adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, tanpa intervensi (penggunaan narkotik, epidural, percepatan persalinan, memecah ketuban dan episiotomi), berisiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan masa gestasi 37- 42 minggu.

2. Jenis – jenis persalinan

Ada 2 jenis persalinan Berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan :

a. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

1) Persalinan spontan

Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2) Persalinan buatan

Proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang bila kekuatan yang diperlukan untuk bersalin ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

b. Jenis persalinan menurut usia kehamilan:

1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram.

2) Partus immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu sampai 28 minggu atau berat janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

3) Partus prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan <37 minggu atau berat badan lahir antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

4) Partus matur atau partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

5) Partus serotinus atau post matur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu.

3. Tahapan dalam Persalinan Normal

Ada empat tahapan (kala) dalam persalinan normal :

a. Kala I

Kala 1 atau kala pembukaan dimulai dari adanya his yang adekuat sampai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan Kala 1 di bagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten

Persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap. Dan pembukaan serviks kurang dari 4 cm biasanya berlangsung hingga di bawah 8 jam.

2) Fase Aktif

Fase dimana frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu:

a) Fase akselerasi

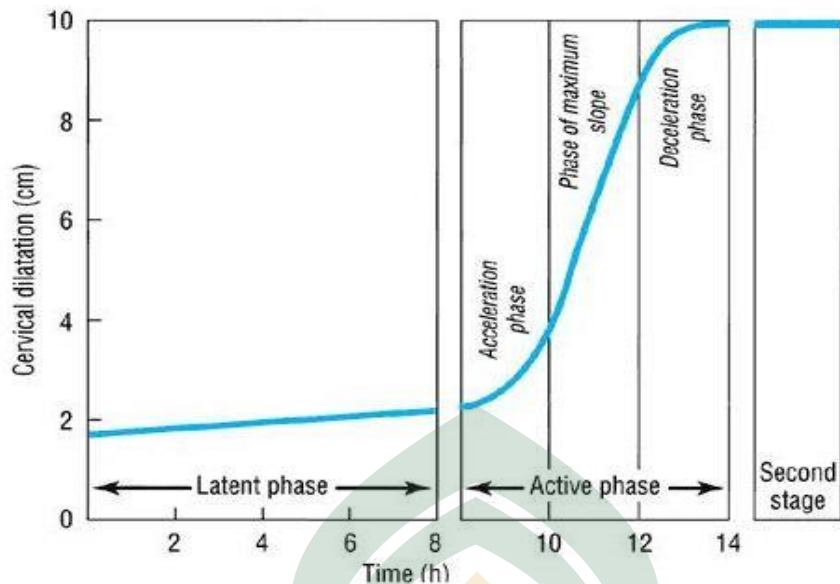
Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal

Pembukaan serviks berlangsung cepat dalam waktu 2 jam

c) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam 2 jam



Gambar 1.1 Kurva Friedman
Sarwono, 2010

Pada primi, berlangsung selama 12 jam dengan Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam, dan pada multipara sekitar 8 jam dengan kecepatan pembukaan serviks lebih dari 1 cm hingga 2 cm.

b. Kala II

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala tersebut juga disebut kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua adalah:

- 1) Ibu ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya tekanan peningkatan pada rektum dan vaginanya.
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva-vagina dan spingter ani membuka.

5) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

Pada kala dua persalinan his/kontraksi yang semakin kuat dan teratur. Umumnya ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran. Kedua kekuatan, his dan keinginan untuk meneran akan mendorong bayi keluar. Kala dua berlangsung hingga 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara.

Pada kala dua, penurunan bagian terendah janin hingga masuk ke ruang panggul sehingga menekan otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin meneran, karena adanya penekanan pada rektum sehingga ibu merasa seperti mau buang air besar yang ditandai dengan anus membuka. Saat adanya his bagian terendah akan semakin terdorong keluar sehingga kepala mulai terlihat, vulva mulai membuka dan perineum menonjol (Indrayani, 2013).

c. Kala III

Kala tiga persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta, karena sifat retraksi otot rahim.

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini:

- 1) Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus uteri di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berubah bentuk menjadi seperti buah pear / alpukat dan tinggi fundus uteri menjadi di atas pusat.

- 2) Tali pusat bertambah panjang
- 3) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba (Indrayani, 2013).

d. Kala IV

Kala IV persalinan disebut juga dengan kala pemantauan. Kala empat dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Pada kala paling sering terjadi pendarahan postpartum, yaitu pada dua jam pertama postpartum. Masalah atau komplikasi yang dapat muncul pada kala empat adalah pendarahan yang mungkin disebabkan oleh atonia uteri, lacerasi jalan lahir dan sisa plasenta.

Oleh karena itu harus dilakukan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.

- 1) Setiap 15 menit pada satu jam pertama pasca persalinan.
- 2) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
- 3) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri (Indrayani, 2013).

4. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu. Hal ini sangat penting karena janin harus menyesuaikan diri dengan ruangan yang tersedia di dalam panggul. Gerakan yang diperlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus, dari otot abdomen dan diafragma, yang memperkuat kontraksi. Saat kepala janin akan melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan –gerakan meliputi :

a. Engagement

Masuknya kepala bayi dalam PAP pada primipara terjadi pada bulan terakhir tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala melintasi PAP dapat terjadi dalam 2 keadaan, yaitu sinklitismus (apabila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP, sedangkan asinklitismus (apabila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP).

Dan majunya kepala pada primi gravida terjadi setelah kepala masuk dalam rongga panggul, sebaliknya pada multipara masuknya kepala kedalam rongga Panggul terjadi bersamaan dengan gerakan lain seperti flexi, putaran paksi dalam dan ekstensi.

b. Fleksi

Dengan majunya kepala, biasanya fleksi bertambah hingga ubun –ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun –ubun besar. Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat

tahanan dari pinggir pintu atas panggul sehingga menyebabkan fleksi. Begitu penurunan menemukan tahanan dari pinggir PAP, maka akan terjadi fleksi sehingga uuk (ubun-ubun kecil) lebih rendah dari uub (ubun-ubun besar).

c. *Internal rotation* (putaran paksi dalam)

Putaran paksi dalam adalah gerakan pemutaran kepala secara perlahan menggerakkan oksiput dari posisi asalnya ke anterior menuju simfisis pubis. Putaran paksi dalam terjadi setelah kepala sampai di Hodge III atau setelah kepala sampai didasar panggul.

d. *Extension* (ekstensi)

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala telah sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala.

e. *External rotation* (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir. Maka kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.

f. *Expulsion* (Ekspulsi)

Gerakan kelahiran bahu Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seutuhnya depan, bahu belakang dan badan seluruhnya (Kuswanti, 2014).

5. Faktor –faktor yang mempengaruhi persalinan

Ada beberapa factor –faktor yang mempengaruhi persalinan :

a. tenaga yang mendorong anak (*Power*)

Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari :

1) His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi otot –otot rahim pada persalinan yang terdiri dari kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma felvis atau kekuatan yang mengejan dan kontraksi *ligamentum rotundum* (Indrayani, 2013). His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin kebawah. Pada presentasi kepala, dila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk kedalam rongga panggu (Prawirohardjo, 2014).

2) Tenaga mengejan

Power atau tenaga yang mendorong anak keluar. Uterus berkontraksi karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat–sifat: Kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, involunter (terjadi diluar kehendak), intermitten (terjadi secara berkala), terasa sakit, terkordinasi, kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, Kimia, dan psikisis.

b. Jalan lahir (*passage way*)

Passage way merupakan jalan lahir dalam persalinan keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim pada persalinan. Segmen atas

memegang peran yang aktif karena kontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peran dan makin tipis dengan majunya persalinan karena peregangan. Jalan lahir terdiri dari pelvis dan jaringan lunak serviks, dasar panggul, vagina dan introitus (bagian luar/lubang vagina).

c. Janin (*Passanger*)

Janin atau *passanger* bergerak sepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor, diantaranya: ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin karena plasenta dan air ketuban yang harus melewati jalan lahir, maka dianggap sebagai bagian dari *passanger* yang menyertai janin. Namun plasenta dan air ketuban jarang menghambat persalinan pada kehamilan normal (Indrayani, 2013).

d. Posisi (*position*)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan persalinan anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak member sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang member rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi untuk penurunan bagian terendah janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan lebih cepat. posisi tegak dapat mengurangi insidensi penekanan tali pusat (Indrayani, 2013).

e. Psikologi (*Psychology*)

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika wanita tersebut tidak memahami apa yang terjadi dengan dirinya, ibu akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita dalam berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinan.

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat yang membantu melancarkan proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana nyaman, dan memberikan sentuhan (Indrayani, 2013).

B. Tinjauan Umum Persalinan Dengan Persalinan Post matur

1. Pengertian persalinan post matur

Post matur adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu. (Wiknjosastro, 2008).

Post matur adalah Kehamilan lewat waktu dimana kehamilan berlangsung selama 42 minggu atau lebih dilihat dari siklus haid teratur dan haid terakhir yang diketahui dengan pasti. (Joseph. 2010).

Selain dari pada itu, istilah postmatur dalam istilah lain disebut juga postterm. Kehamilan postterm, disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, kehamilan lewat bulan, *prolonged pregnancy*, *extended pregnancy*, *postdate/postdatetime* atau pascamaturitas, adalah:

Kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari pertama haid terakhir menurut Naegle dengan siklus haid rata-rata 28 hari (Prawirohardjo, 2014).

Persalinan post matur adalah persalinan yang usia kehamilannya berlangsung lebih dari 42 minggu, dihitung dari haid pertama haid terakhir.

2. Etiologi persalinan post matur

Sampai pada saat ini sebab terjadinya kehamilan lewat bulan belum jelas. Beberapa teori diajukan, pada umumnya menyatakan bahwa terjadinya kehamilan lewat bulan sebagai akibat gangguan terhadap timbulnya persalinan. Beberapa teori diajukan antara lain sebagai berikut :

- a. Pengaruh progesteron: penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam yang penting dalam memacu proses biomokuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin sehingga beberapa penulis menduga bahwa terjadinya persalinan lewat bulan karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.
- b. Teori oksitosin: pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan lewat bulan memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis. Wanita hamil yang kurang pelepasan oksitosin dari neurohipofisis pada kelainan

lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan lewat bulan.

- c. Teori kortisol/ACTH janin: dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin. Hal ini diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada janin yang mengalami cacat bawaan seperti anensefalus, hypoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat.
- d. Syaraf uterus: tekanan pada ganglion servikalis dari plexus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada plexus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi, semua hal tersebut diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan lewat bulan.
- e. Hereditas, beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan lewat bulan, mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada keturunan selanjutnya (menurun). Karena post matur sering dijumpai pada keluarga tertentu.

(Mochtar, 2010) menyatakan patofisiologi pada ibu hamil dengan indikasi serotinus adalah:

- a. Penurunan hormon progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses persalinan dan meningkatkan sensitifitas uterus terhadap oksitosin, sehingga penulis menduga bahwa terjadinya kehamilan postterm karena masih berlangsungnya pengaruh progesterone.
- b. Oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan postterm.
- c. Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah janin masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan postterm.

3. Diagnosis persalinan post matur

Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mendukung diagnosis persalinan post matur adalah :

- a. Pemeriksaan umur kehamilan ,dihitung dengan menggunakan rumus neaggle berdasarkan anamnesis dari hait terakhir.

- b. Pemeriksaan Berat badan ibu dan lingkar perut, ditandai dengan berat badan ibu turun pembesaran perut mengecil karena air ketuban berkurang (Ratna, 2012).
- c. Pemeriksaan TFU(Tinggi fundus uteri).
- d. Pemeriksaan USG yaitu dengan pemeriksaan diameter biparietal kepala janin dapat diukur dengan teliti tanpa ada bahaya (Sujiyantini, 2009).
- e. Pemeriksaan sitologi cairan amnion yaitu amniostropi dan pemeriksaan PH (dibawah 7,20) dianggap sebagai gawat janin (Sujiyantini, 2009).

4. Komplikasi persalinan post matur

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan post matur :

- a. Perubahan pada plasenta

Disfungsi plasenta merupakan faktor penyebab terjadinya komplikasi pada kehamilan serotinus atau kehamilan lewat bulan dan smeningkatnya risiko pada janin. Perubahan yang terjadi pada plasenta adalah sebagai berikut.

- 1) Penimbunan kalsium: Pada kehamilan serotinus atau kehamilan lewat bulan terjadi peningkatan penimbunan kalsium, hal ini dapat menyebabkan gawat janin dan bahkan kematian janin intrauterin yang dapat meningkat sampai 2-4 kali lipat. Timbunan kalsium plasenta meningkat sesuai dengan progresivitas degenerasi

plasenta, namun beberapa vili mungkin mengalami degenerasi tanpa mengalami klasifikasi.

- 2) Selaput vaskulosinsisial menjadi tambah tebal dan jumlahnya berkurang, keadaan ini dapat menurunkan mekanisme transport dari plasenta.
 - 3) Terjadi proses degenerasi jaringan plasenta seperti edema, timbunan fibrinoid, fibrosis, thrombosis intervili, dan infark vili
- Perubahan biokimia.
- 4) Perubahan biokimia: adanya insufisiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar DNA dibawah normal, sedangkan konsentrasi RNA meningkat. Transport kalsium tidak terganggu, aliran natrium, kalium, dan glukosa menurun. pengangkutan bahan dengan berat molekul tinggi seperti asam amino, lemak, dan gama globulin biasanya mengalami gangguan sehingga dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin in utero (Fadlun, 2013).

b. Pengaruh pada ibu

- 1) Morbilitas atau mortalitas ibu dapat meningkat sebagai akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras sehingga menyebabkan terjadinya distosia persalinan, incoordinate uterine action, partus lama, meningkatkan tindakan obstetrik, dan perdarahan postpartum.

- 2) Aspek emosi: ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan (Fadlun, 2013).

c. Pengaruh pada janin

(Menuaba, 2010) Pengaruh kehamilan postterm atau serotinus terhadap janin sampai saat ini masih di perdebatkan. Beberapa ahli menyatakan bahwa kehamilan serotinus menambah bahaya pada janin, sedangkan beberapa ahli lainnya menyatakan bahwa bahaya kehamilan postterm atau serotinus terhadap janin terlalu dilebihkan. Beberapa pengaruh kehamilan postterm atau serotinus terhadap janin sebagai berikut:

- 1) Berat janin Bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, maka terjadi penurunan berat janin. Sesudah umur kehamilan 36 minggu, grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun, sering kali pula plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan.
- 2) Sindrom postmaturitas dapat dikenali pada neonatus melalui beberapa tanda seperti, gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak sub kutan), kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks kaseosa dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipat paha dan genital luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan

pada kulit dan tali pusat, serta muka tampak menderita dan rambut kepala banyak atau tebal.

3) Gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Keadaan ini umumnya disebabkan karena hal-hal berikut:

- a) Makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan.
- b) Insufisiensi plasenta dapat berakibat: Pertumbuhan janin terhambat, Oligohidramnion (terjadi kompresi tali pusat, keluar mekonium yang kental), hipoksia janin, Asfiksia mekonium oleh janin.
- c) Cacat bawaan, terutama akibat hipoplasia adrenal dan *anensefalus*.

5. Penanganan persalinan post matur

Penanganan yang dapat dilakukan pada kasus persalinan post matur yaitu :

- a. Menentukan apakah kehamilan telah berlangsung lewat bulan (Postterm) atau bukan.
- b. Mengidentifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin dengan cara pemeriksaan kardiotografi seperti *nonstress test* (NST) dan contraction stress test untuk mengetahui kesejahteraan janin sebagai reaksi terhadap gerak janin atau kontraksi uterus dan pemeriksaan USG untuk menentukan besar janin, denyut jantung janin,

gangguan pertumbuhan janin, keadaan dan derajat kematangan plasenta, jumlah (indeks cairan amnion) dan kualitas air ketuban.

- c. Melakukan pemeriksaan serviks dengan skor bishop. *Bishop score* adalah suatu cara untuk menilai kematangan serviks dan responsnya terhadap suatu induksi persalinan, karena telah diketahui bahwa serviks *bishop score* rendah artinya serviks belum matang dan memberikan angka kegagalan yang lebih tinggi dibanding servik yang matang.

Bishop Score > 5 yaitu induksi persalinan ,Cara induksi persalinan adalah:

- a) Menggunakan tablet Misoprostol / Cytotec yaitu 25-50 mg yang diletakkan di fornix posterior setiap 6-8 jam hingga munculnya his / kontraksi.
- b) Menggunakan oksitoksin intravena yaitu infus oksitoksin biasanya mengandung 10-20 unit ekuivalen dengan 10.000-20.000 mU dicampur dengan 1000 ml larutan Ringer Laktat, masing-masing menghasilkan konsistensi oksitoksin 10-20 mU/ml.

Bishop Score < 5

- a) Pemantauan janin dengan profil biofisik, *Nonstress test* (NST), *Contraction Stress Test* (CST).
- b) Volume ketuban normal, NST reaktif yaitu diulangi 2x / minggu.

- c) Volume ketuban normal, NST non reaktif, CST positif yaitu dilakukan SC.
- d) Volume ketuban normal, NST non reaktif dan CST negatif yaitu dilakukan pengulangan CST dalam 3 hari.
- e) *Oligohidramnion* (kantong amnion < 2 cm) yaitu dilakukan SC.
- f) *Deselerasi variable* yaitu matangkan serviks dan induksi persalinan.
- g) Pematangan serviks dapat dilakukan dengan kateter *voley*, oksitoksin, prostaglandin (*Misoprostol*), *relaksin* (melunakkan serviks), pemecahan selaput ketuban.
- h) Persalinan per vaginam yaitu Ibu miring ke kiri, berikan oksigen, monitor DJJ, induksi persalinan dengan tetes Pitocin (jika tidak ada kontraindikasi dan belum ada tanda hipoksia *intrauterine*), tetes Pitocin di naikan jangan melebihi 2 m U/ menit atau di naikan dengan interval < 30 menit, amniotomi pada fase aktif, infus intraamniotik dengan 300 – 500 mL NaCl hangat selama 30 menit yaitu untuk mengatasi oligohidramnion dan mekoneum, konfirmasi kesejahteraan janin.
- i) Dilakukan *Sectio Caesaria*, jika gawat janin (*deselerasi* lambat, pewarnaan mekoneum), gerakan janin abnormal (< 5 kali / 20 menit), *contraction stress test* (CST), berat Badan > 4000 gr, malposisi, malpresentasi, partus > 18 jam, bayi belum lahir, (Kurniawati, 2009).

j) Dilakukan vakum ekstraksi, syarat vakum, (Manuaba, 2003)

yaitu:

- (1) Pembukaan minimal 5
- (2) Ketuban negatif atau dipecahkan
- (3) Anak hidup, letak kepala atau bokong
- (4) Penurunan minimal H II
- (5) His dan reflek mengejan baik

C. Tinjauan Umum Tentang Bayi Baru Lahir Dengan Persalinan Post Matur

1. Pengertian bayi baru lahir post matur

Bayi baru lahir post mature adalah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan >42 minggu, tanpa memperhatikan berat badan (Reeder, 2012).

2. Ciri –ciri bayi post matur

Pada bayi baru lahir post mature didapatkan ciri –ciri seperti: gangguan pertumbuhan, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak sub kutan), kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks caseosa dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipatan paha dan genetalia luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat, muka terlihat tua, dan rambut kepala banyak dan tebal.

Tidak seluruh neonatus dari kehamilan serotinus menunjukkan postmaturitas, tergantung dengan fungsi plasenta. Umumnya didapat sekitar 12-20% neonatus dengan tanda postmaturitas pada kehamilan serotinus.

- 1) Stadium I: Kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit menjadi kering, rapuh, dan mudah mengelupas.
- 2) Stadium II: Seperti stadium satu namun disertai dengan pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit.
- 3) Stadium III: Seperti stadium satu namun disertai dengan pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat (Nugroho, 2012).

3. Komplikasi pada bayi baru lahir post matur

Komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan post matur :

a. Gawat janin

Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ cukup, sehingga mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik (jangka waktu panjang) atau akut. Tanda gawat janin, djf dalam proses persalinan bervariasi dan akan kembali normal dalam beberapa waktu. Bila djf tidak kembali normal setelah kontraksi ini merupakan tanda gawat janin (Saifuddin, 2010).

b. Asfiksia

Asfiksia neonatorum merupakan keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera

setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya (Vivian, 2013).

Asfiksia terbagi atas 3 yakni:

- 1) Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)
 - a) Frekuensi jantung kecil, yaitu < 40 kali per menit.
 - b) Tidak ada usaha napas
 - c) Tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada
 - d) Bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan
 - e) Bayi tampak pucat bahkan tampak berwarna kelabu
- 2) Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)
 - a) Frekuensi jantung menurun menjadi 60-80 kali per menit
 - b) Usaha napas lambat
 - c) Tonus otot biasanya dalam keadaan baik
 - d) Bayi masih bisa bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan
 - e) Bayi tampak sianosis.
- 3) Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)
 - a) Takipnea dengan napas lebih dari 60 kali per menit
 - b) Bayi tampak sianosis
 - c) Bayi merintih
 - d) Adanya pernapasan cuping hidung
 - e) Bayi kurang aktivitas.

Menurut Towel, asfiksia bisa disebabkan oleh beberapa faktor yaitu, faktor ibu, placenta, fetus dan neonatus.

1) Ibu

Apabila ibu mengalami hipoksia, maka janin juga akan mengalami hipoksia yang dapat berkelanjutan menjadi asfiksia dan komplikasi lain.

2) Placenta

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi placenta, misalnya solusio placenta, placenta previa dll.

3) Fetus

Kompresi umbilicus akan dapat menyebabkan terganggunya aliran darah dalam pembuluh darah umbilicus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin.

4) Neonatus

Depresi pusat pernapasan pada bayi baru lahir dapat terjadi karena beberapa hal berikut :

- a) Pemakaian anastesi yang berlebihan pada ibu.
- b) Trauma yang terjadi selama persalinan.
- c) Kelainan congenital pada bayi.

4. Penanganan bayi baru lahir post matur

Berikut ini langkah – langkah Penanganan bayi baru lahir post matur :

- a. Keringkan secepatnya dengan handuk bersih.
 - 1) Mengganti kain yang basah dengan kain kering.
 - 2) Kepala bayi ditutup topi.

- 3) Berikan oksigen sesuai dengan kebutuhan .
- 4) Berikan infuse dextrose 10% dan bikarbonas natricus 1,5% 4:1. Hari I 60 cc/kg/hari. Hari II 70 cc/kg/hari.
- 5) Memperhatikan suhu tubuh yaitu dengan menempatkan bayi didalam incubator.
- 6) Memperhatikan pencegahan infeksi yaitu dengan memperhatikan teknik pencegahan infeksi salah satunya dengan mencuci tangan sebelum menyentuh bayi.
- 7) Pengawasan nutrisi/ASI pada bayi baru lahir sesuai dengan kebutuhannya, berikan melalui sonde/tetesi ASI.
- 8) Pengawasan berat badan dengan ketat karena berat badan berkaitan dengan status gizi/nutrisi bayii yang berhubungan dengan daya tahan bayi (Saifuddin, 2010).

Tindakan yang dapat dilakukan pada bayi asfiksia neonatorum adalah sebagai berikut:

- 1) Bersihkan jalan napas dengan pengisap lendir dan kasa steril.
- 2) Potong tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik.
- 3) Segera keringkan badan bayi dengan handuk/kain bersih dan kering.
- 4) Nilai status pernapasan. Lakukan tindakan berikut jika ditemukan tanda-tanda asfiksia:
 - a) Segera baringkan dengan kepala bayi sedikit ekstensi dan penolong berada disisi kepala bayi.
 - b) Miringkan kepala bayi.

- c) Bersihkan mulut bayi dengan kasa yang dibalut pada jari telunjuk.
 - d) Isap cairan dari mulut dan hidung.
- 5) Lanjutkan menilai status pernapasan.

Nilai status pernapasan apabila masih ada tanda asfiksia, caranya dengan menggosok punggung bayi (melakuka rangsangan taktil). Bila tdiak ada perubahan segera beri napas buatan (Vivian, 2013).

D. Tinjauan Islam Tentang Manajemen Asuhan Persalinan

Setiap wanita yang hendak melahirkan mengalami cobaan yang begitu berat, apalagi ketika mengalami kesulitan ketika melahirkan, oleh karena itu Allah mengabadikan perjuangan seorang wanita (ibu) selama kekehamilan dan persalinannya. Sebagaimana dalam ayat Al-qur'an surah Luqman ayat 14 yaitu :

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَى وَهْنٍ وَفَصَّلَهُ فِي عَامَيْنِ أَنْ أَشْكُرَ لِي
وَلِوَالِدَيْكَ إِلَى الْمَصِيرِ ﴿١٤﴾

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

Terjemahannya:

Dan kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang ibu-bapanya; ibunya Telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah, dan menyapihnya dalam dua tahun[1180]. bersyukurlah kepadaku dan kepada dua orang ibu bapakmu, Hanya kepada-Kulah kembalimu.

Sementara ayat yang menceritakan yang tentang rasa sakit dalam persalinan dijelaskan dalam firman Allah dalam QS. Maryam : 22-23 yaitu :

فَحَمَلَتْهُ فَانْتَبَدَّتْ بِهِءَ مَكَانًا قَصِيًّا ﴿٢٢﴾ فَأَجَاءَهَا الْمَخَاضُ إِلَى جِذْعِ النَّخْلَةِ قَالَتْ يَلَيْتَنِي مِتُّ قَبْلَ هَذَا وَكُنْتُ نَسِيًّا مَّنْسِيًّا ﴿٢٣﴾

Terjemahannya:

Maka Maryam mengandungnya, lalu ia menyisihkan diri dengan kandungannya itu ke tempat yang jauh(22). Maka rasa sakit akan melahirkan anak memaksa ia (bersandar) pada pangkal pohon kurma, dia berkata: "Aduhai, alangkah baiknya Aku mati sebelum ini, dan Aku menjadi barang yang tidak berarti, lagi dilupakan"(23).

Dalam ayat diatas, menunjukkan bahwa maryam mengandung dan melahirkan nabi Isa sebagaimana seorang ibu biasa. Yang mengandung dan melahirkan anaknya. Hal ini jelas membuktikan bahwa nabi Isa yang berkedudukan sebagai rasul hanya lah manusia biasa, akan tetapi Allah menunjukan kebesaran nya dengan proses kehamilan dan persalinan yang diberikan melalui maryam yang telah mengandung tanpa ada pembuahan terlebih dahulu.

Begitu luar biasanya Allah SWT yang memberikan mukjizat, sebagaimana firman Allah dalam QS, Al-Ahqaf ayat 15 yaitu :

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَلَدَيْهِ إِحْسَنًا ۚ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا ۚ وَحَمَلُهُ وَفَصْلُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا ۚ حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ ۚ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً ۚ قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَلَدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۚ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ ﴿١٥﴾

Terjemahannya:

“Kami perintahkan kepada manusia supaya berbuat baik kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). mengandungnya sampai menyapihnya adalah tiga puluh bulan, sehingga apabila dia Telah dewasa dan umurnya sampai empat puluh tahun ia berdoa: "Ya Tuhanku, tunjukilah Aku untuk mensyukuri nikmat Engkau yang Telah Engkau berikan kepadaku dan kepada ibu bapakku dan supaya Aku dapat berbuat amal yang saleh yang Engkau ridhai; berilah kebaikan kepadaku dengan (memberi kebaikan) kepada anak cucuku. Sesungguhnya Aku bertaubat kepada Engkau dan Sesungguhnya Aku termasuk orang-orang yang berserah diri".

Ayat tersebut menjelaskan bahwa salah satu alasan kenapa Allah memberi wasiat pada manusia agar berbakti pada kedua orang tua adalah karena proses persalinan yang dialami ibu merupakan suatu proses yang

sangat berat. Pengaruh kontraksi rahim ketika bayi mau lahir, menyebabkan ibu merasakan sangat kesakitan, bahkan dalam keadaan tertentu, dapat menyebabkan kematian. Karena perjuangan ibu ketika melahirkan dan resiko yang sangat berat yang ditanggung seorang ibu, Nabi cukup bijaksana dan memberi empati pada ibu yang meninggal karena melahirkan sebagai syahid, setara dengan perjuangan jihad di medan perang. Penghargaan itu, diberikan Nabi sebagai rasa simpati karena musibah yang dialami dan juga beratnya resiko kehamilan dan melahirkan bagi seorang ibu.

Hal ini bukan berarti membiarkan ibu yang akan melahirkan agar mati syahid, tetapi justru memberi isyarat agar dilakukan upaya-upaya perlindungan, pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pada ibu pada masa-masa kehamilan dan melahirkan. Namun bila ibu meninggal karena melahirkan, Allah menilainya sebagai perjuangan dan meninggal dalam keadaan syahid. Ayat diatas juga menegaskan bahwa betapa besar perjuangan (jasa) seorang ibu terhadap anaknya, yaitu mulai dari mengandung dalam keadaan lemah yang senantiasa bertambah berat dalam kandungannya dari waktu ke waktu lalu beliau melahirkan anaknya dengan susah payah, kemudian memelihara dan menyusui anaknya selama 2 tahun, bahkan di tengah malam ketika manusia lainnya sedang tertidur pulas.

Tidak hanya menggambarkan kondisi ibu disaat sedang mengandung hingga menjelang melahirkan, tetapi Islam juga menggambarkan tentang upaya-upaya apa saja yang dilakukan oleh seorang bidan dalam melakukan manajemen asuhan. Dalam islam, sebaiknya kita memposisikan diri untuk

beribadah kepada Allah SWT melalui profesinya. Sebagai seorang muslim, seorang bidan harus menunjukkan dirinya sebagai yang menjalankan tugas secara professional, penuh tanggung jawab dan diatas segalanya adalah niat ibadah semata-mata kepada Allah SWT. Dan Seorang bidan wajib mensyukuri nikmat ilmu dan profesinya, Karena lewat itulah seorang bidan bisa beramal seluas-luasnya baik dalam konteks *Hablun minallah wa hablun minannas* (Hubungan jalinan kepada Allah dan manusia).

Selain itu, profesi bidan banyak berhubungan dengan manusia dalam arti individu, dan keluarga, maka lewat profesinya memungkinkan hal itu dijadikan sebagai sarana perluasan hubungan *Ukhuwah Islamiyah*. Setiap bidan juga hendaknya meningkatkan kualitas intelektual, memperluas wawasan keilmuan dan referensi untuk menunjang karier terutama tuntutan perkembangan ilmu, teknologi, dan informasi. Seorang bidan juga senantiasa menanamkan keyakinan pada diri sendiri bahwa apa yang dilakukannya itu mampu dipertanggungjawabkan konsekuensinya diakhirat kelak. Oleh karena itu, berbuat yang *ahsan* (terbaik) dalam menjalankan profesi dari waktu ke waktu.

Dengan melakukan segala upaya-upaya sebagai bentuk kewajiban, bidan dapat berperan aktif serta mampu memberikan manfaat kepada masyarakat yang membutuhkan khususnya pada ibu melahirkan yang membutuhkan pertolongan. Dan yang paling penting sebagai seorang bidan dalam menjalankan tugasnya tentu harus mempunyai sifat *tawaddu'* (merendahkan diri) demi memberikan pelayanan yang baik bagi pasiennya.

E. Manajemen Asuhan Kebidanan Dengan Persalinan post matur

1. Pengertian manajemen kebidanan

Pengertian manajemen sering dikenal orang dengan definisi “proses melaksanakan pekerjaan melalui orang lain”. Dalam pelayanan kebidanan, manajemen adalah proses pelaksanaan pemberian pelayanan kebidanan kepada klien dengan tujuan menciptakan kesejahteraan bagi ibu dan anak, kepuasan pelanggan dan kepuasan bidan tentu sebagai *provide* (Simatupang, 2008).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Depkes RI.2010).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasi pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

2. Langkah –langkah dalam manajemen kebidanan

Dalam manajemen asuhan kebidanan terdapat Langkah –langkah dalam melakukan yaitu :

a. Langkah 1: Pengumpulan data dasar

Melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti:

Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data laboratorium.

Pada tahap ini semua data dasar dan informasi tentang pasien dikumpulkan dan dianalisa untuk mengetahui keadaan pasien yang diklasifikasikan menjadi data subjektif dan data objektif. Adapun data dapat di dapatkan dari anggota keluarga, atau tenaga kesehatan lain yang disebut dengan data sekunder. Teknik pengumpulan data bisa dilakukan dengan 3 cara yaitu : observasi, wawancara, pemeriksaan.

Yang harus diperhatikan dalam pengumpulan data subjektif adalah mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan pasien/ klien dan memperhatikan hal-hal yang berhubungan dengan keluhan utama pasien (Mandriwati. 2009).

Adapun keluhan yang biasa dikatakan oleh pasien yang mengalami persalinan post matur seperti: mengatakan bahwa ibu merasa cemas karena kehamilannya sudah lewat bulan, merasakan nyeri pada perut tembus belakang hilang timbul. Pada kasus persalinan postmatur di dapat data subjektif usia kehamilan >42 minggu. Usia kehamilan dapat di hitung berdasarkan :

HPHT, pemeriksaan umur kehamilan dihitung dengan menggunakan rumus neagle. jika umur kehamilan >42 minggu minggu , dan jika waktu persalinan tidak sesuai dengan tafsiran persalinan menurut neaggle, maka besar kemungkinan terjadi persalinan post matur (Sarwono. 2011).

TFU, pemeriksaan Tinggi fundus uteri adalah salah satu pendukung dari diagnosis persalinan postmatur. Jika pembesaran uterus lebih besar dari dugaan usia kehamilan normal, maka kemungkinan terjadi usia kehamilan lebih tua dari taksiran.

TBJ, pemeriksaan tafsiran berat janin dapat di tentukan dengan cara Lingkar perut di kali dengan TFU (tinggi fundus uteri). Berat janin bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, akan terjadi penurunan berat janin dan Pada umur kehamilan 36 minggu, grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar berbeda dengan kehamilan yang sudah berumur >42 minggu. Namun sering kali plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus, sehingga TBJ semakin bertambah dan kemungkinan akan terjadi bayi Makrosomia.

USG, pemeriksaan USG (*Ultrasonografi*) merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran eko dari gelombang ultrasonik yang dipantulkan oleh organ (Sarwono, 2011). Pemeriksaan inilah yang mendukung diagnosis persalinan postmature. Pada pemeriksaan USG dapat dilihat: ukuran diameter biparietal dan lingkaran kepala untuk menentukan usia kehamilan, ukuran plasenta, jumlah cairan amnion, berat janin (Sarwono, 2011).

Pada bayi baru lahir post matur didapatkan ciri –ciri seperti: gangguan pertumbuhan, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak sub kutan), kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks caseosa dan lanugo, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat, muka terlihat tua, dan rambut kepala banyak dan tebal.

b. Langelah II : Interpretasi data dasar

Mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Diagnosa kebidanan, diagnosa yang ditegakkan bidan dalam ruang lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar kebidanan.

Diagnosa persalinan postmatur dapat ditegakkan berdasarkan usia kehamilan. Usia kehamilan dapat diketahui berdasarkan haid pertama haid terakhir, tinggi fundus uteri, TBJ (Tafsiran Berat Janin), dan pemeriksaan USG.

Diagnosa persalinan post matur dapat ditegakkan berdasarkan usia kehamilan, Usia kehamilan dapat diketahui berdasarkan hari pertama haid terakhir, tafsiran berat janin (TBJ), dan tinggi fundus uteri.

Pada pemeriksaan USG dapat diketahui kondisi janin, ukuran diameter biparietal dan lingkaran kepala untuk menentukan usia kehamilan, ukuran plasenta, jumlah cairan amnion, berat janin (Sarwono, 2011).

Berdasarkan usia gestasi dan berat badan lahir kemungkinan yang dapat terjadi pada bayi menurut grafik *Lubcheco* yaitu kecil masa kehamilan (KMK), sesuai masa kehamilan (KMK), besar untuk masa kehamilan (BMK).

c. Langkah III: Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

Pada persalinan post matur, masalah –masalah yang dapat terjadi pada ibu adalah: kala 1 memanjang, partus lama (Kala 2 Lama), Perdarahan postpartum yaitu atonia uteri karena janin besar.

sedangkan pada janin kemungkinan masalah yang dapat terjadi jika mengalami persalinan postmatur adalah :

bayi dapat mengalami gawat janin, gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ cukup, sehingga mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik (jangka waktu panjang) atau akut. Tanda gawat janin, djj dalam proses persalinan bervariasi dan akan kembali normal dalam beberapa waktu. Bila djj tidak kembali normal setelah kontraksi ini merupakan tanda gawat janin (Saifuddin, 2010).

Asfiksia mekonium, merupakan keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera

setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya.

d. Langkah IV: Tindakan segera/kolaborasi

Langkah yang dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Kegiatan yang dilakukan bidan dalam langkah ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan.

Pada persalinan post mature tindakan segera yang dilakukan oleh bidan adalah dengan melakukan kolaborasi dengan dokter *obgyn* untuk mengantisipasi terjadinya komplikasi – komplikasi terhadap ibu seperti pemberian oksitosin untuk mencegah terjadinya atonia uteri dan penanganan perdarahan post partum berupa pemasangan infuse dan transfusi darah jika diperlukan.

Selain kolaborasi dengan dokter *obgyn*, dalam persalinan post matur juga dilakukan kolaborasi dengan dokter anak untuk memberikan penanganan segera setelah bayi lahir pada bayi postmatur, selain itu dipersiapkan alat resusitasi bayi seperti penyediaan O₂, *suction*, *infant warmer*, dan *incubator*.

Jika, Persalinan postmature yang ditolong oleh bidan di BPS maupun puskesmas mengalami komplikasi yang diluar kompetensi (wewenang) bidan, maka tindakan segera yang dilakukan oleh bidan adalah perbaiki keadaan umum ibu dan bayi, setelah itu kolaborasi

dengan dokter dengan cara memberikan surat rujukan untuk ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang lebih lengkap dan memadai.

e. Langkah V: Intervensi (Perencanaan)

Melakukan perencanaan secara menyeluruh yang rasional terhadap masalah sesuai dengan langkah sebelumnya (Muslihatun, 2010). Rencana asuhan yang akan diberikan disetujui oleh pasien agar pasien dapat menentukan apakah tindakan yang telah direncanakan bersedia untuk di laksanakan atau tidak. Rencana asuhan persalinan post matur pada ibu yaitu :

Merencanakan pemantauan Djj,nadi dan his setiap 30 menit . memastikan Djj dalam batas normal (120-160 x/menit) dan nadi pada ibu (60- 100 kali per menit) dan his yang teratur dan adekuat.

Merencanakan pemantauan kemajuan persalinan, pada persalinan post matur kemungkinan terjadi bayi makrosomia sehingga menyebabkan terjadinya kala I memanjang (*incoordinate uterineaction*), persalinan(partus) lama, perdarahan post partum.

Merencanakan pemberian oksitosin (sesuai anjuran dokter) jika kemajuan/peningkatan kontraksi secara teratur.

Merencanakan asuhan persalinan persalinan sesuai APN.asuhan dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi lain yang mungkin terjadi karna persalinan postmatur.

Merencanakan penanganan bayi segera setelah lahir baru pada bayi postmatur yaitu persiapan oksigen, suction, infant warmer,

incubator, dan bedah sesar bila sewaktu terjadi kegawat daruratan janin.

Merencanakan pencegahan asfiksia mekonium dengan cara mengeringkan, bebaskan jalan napas, ransangan taktil, menghangatkan.

f. Langkah VI: Implementasi

Langkah selanjutnya pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya ,baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan.dan pelaksanaannya dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.Rencana asuhan persalinan post matur pada ibu yaitu :

Melakukan pemantauan Djj,nadi dan his setiap 30 menit . memastikan Djj dalam batas normal (120-160 x/menit) dan nadi pada ibu (60- 100 kali per menit) dan his yang teratur dan adekuat.

Melakukan pemantauan kemajuan persalinan, pada persalinan post matur kemungkinan terjadi bayi makrosomia sehingga menyebabkan terjadinya kala 1 memanjang(*incoordinate uterineaction*) ,persalinan(partus) lama, perdarahan post partum.

Melakukan pemberian oksitosin (sesuai anjuran dokter) jika tidak kemajuan/peningkatan kontraksi secara teratur.

Melakukan asuhan persalinan persalinan sesuai APN.asuhan dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi lain yang mungkin terjadi karna persalinan postmatur.

Melakukan penanganan bayi segera setelah lahir baru pada bayi postmatur yaitu persiapan oksigen, *suction*, *infant warmer*, *incubator*, dan bedah sesar bila sewaktu terjadi kegawat daruratan janin. Melakukan pencegahan asfiksia mekonium dengan cara mengeringkan, bebaskan jalan napas, ransangan taktil, menghangatkan.

g. Langkah VII: Evaluasi

Langkah terakhir dalam manajemen kebidanan, yaitu melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan. Setelah dilakukan asuhan persalinan post matur, hasilnya ibu dengan keadaan yang baik, bayi dalam kondisi normal, persalinan berjalan lancar sesuai dengan asuhan yang diberikan.

Setelah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan postmatur pada ibu: masalah/ komplikasi yang terjadi pada ibu dapat teratasi dan ibu dalam keadaan umum baik. Sedangkan pada bayi, setelah dilakukan penatalaksanaan asuhan bayi post matur, masalah/komplikasi yang terjadi dapat teratasi dan bayi dalam keadaan umum baik.

3. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Dokumentasi kebidanan adalah suatu system pencatatan atau pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan pasien dan semua kegiatan yang dilaksanakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan diterapkan dengan metode SOAP. Dokumentasi SOAP merupakan urutan langkah –

langkah yang dapat membantu kita mengatur pola pikir dalam memberikan asuhan secara menyeluruh. SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning).

Subjektif. Hasil pengumpulan data pasien yang diperoleh melalui anamnesis . Data yang di peroleh melalui wawancara.

Objektif, pendokumentasian dari Data hasil observasi melalui pemeriksaan fisik, Hasil pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium)

Assesment, pendokumentasian Berdasarkan data yang terkumpul kemudian di buat kesimpulan yang meliputi diagnosis ,antisipasi atau masalah potensial tentang persalinan post matur.

Planning, Merupakan rencana tindakan yang akan di berikan termasuk asuhan mandiri, Kolaborasi serta konseling untuk tindak lanjut.

BAB III

STUDI KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PATOLOGI PADA NY”I” DENGAN PERSALINAN POST MATUR DI PUSKESMAS BARA-BARAYA MAKASSAR

TANGGAL 23 MEI 2016

NO. REGISTER : 04 -xx-xx

TANGGAL MASUK : 23 MEI 2016 **JAM 21.00 WITA**

TGL. PENGKAJIAN : 23 MEI 2016 **JAM 21.00 WITA**

TANGGAL PARTUS : 24 MEI 2016 **JAM 00.05 WITA**

PENGKAJI : NURWARIDHA

KALA I

LANGKAH 1: IDENTIFIKASI DATA DASAR

A. IDENTITAS ISTRI / SUAMI

Nama : Ny. “ I “ / Tn. “ J “

Umur : 23 tahun / 24 tahun

Nikah : 1x / 1 thn

Suku : Makassar / Makassar

Agama : Islam / Islam

Pendidikan : SMP / SMP

Pekerjaan : IRT / Buruh harian

Alamat : Jl. Kerung–Kerung Makassar

B. DATA BIOLOGIS / FISIOLOGIS

1. Keluhan utama : sakit perut tembus kebelakang di sertai pelepasan lendir dan darah
2. Riwayat keluhan utama :
 - a. Mulai dirasakan sejak tanggal 22 MEI 2016 , mulai jam 09.00 wita s/d sekarang
 - b. Sifat keluhan hilang timbul
 - c. Lokasi keluhan dari perut bagian bawah tembus ke belakang
 - d. Ada pengeluaran air sejak tanggal 23 Mei 2016 jam 20.30 wita
 - e. Ibu mendapat haid terakhir tanggal 20 - 06 - 2015
3. Riwayat kesehatan :
 - a. Ibu mengatakan mendapat suntikan TT sebanyak 2 kali
 - b. Tidak pernah menderita penyakit yang serius (hypertensi, jantung, DM dll).
 - c. Tidak pernah di opname.
 - d. Tidak ada riwayat trauma.
 - e. Tidak ada riwayat operasi.
 - f. Tidak ada riwayat alergi
 - g. Tidak pernah mengkonsumsi alkohol, rokok dan obat obatan tanpa resep dokter.
 - h. Tidak ada riwayat penyakit menular dan keturunan dalam keluarga.

4. Riwayat reproduksi

a. Riwayat haid

- 1) menarce : 14 tahun
- 2) siklus haid : 28 – 30 hari
- 3) durasi : 5 – 7 hari
- 4) perlangsungan normal

b. Riwayat ginekologi

- 1) Ibu tidak menderita penyakit kelamin
- 2) Tidak ada riwayat PMS.

c. Riwayat KB

Ibu tidak pernah menjadi akseptor KB

d. Riwayat Kehamilan sekarang

- 1) GI P0 A0
- 2) HPHT tanggal 20-07-2015,
- 3) HTP tanggal 27-04-2016
- 4) Kunjungan ANC 4 kali
- 5) Ibu mulai merasakan pergerakan janinnya yang pertama kali saat usia kehamilan ibu \pm 6 bulan
- 6) ibu merasakan pergerakan janinnya kuat pada bagian kanan perutnya.
- 7) selama hamil ibu tidak pernah merasakan nyeri perut yang hebat.

- Menikah pada umur 22 tahun
- Keluarganya sangat senang dengan kehamilan ibu
- Ibu mengkonsumsi buah-buahan dan susu
- Ibu dan keluarganya ingin persalinannya di tolong oleh bidan .

a. Pemeriksaan Fisik Umum

- 1) Ibu tampak meringis kesakitan saat timbul his.
- 2) Keadaan emosi ibu stabil.
- 3) Kesadaran komposmentis.
- 4) TTV : TD = 120 / 80 mmHg
S = 36,6°C
N = 80 x / mnt
P = 20 x / mnt

a) Wajah:

Tidak edema, tidak ada topeng kehamilan, ekspresi wajah ibu meringis menahan sakit.

Bersih, conjungtiva merah muda, sklera tidak ikterus.

Bersih, Tidak ada gigi yang lubang, Tidak ada gigi yang tanggal, ada karies, tidak ada sariawan, Lidah tidak kotor, Gigi tampak putih, Mukosa bibir lembab.

d) Leher:

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada pembesaran kelenjar limfe, Tidak ada pembesaran vena jugularis.

e) Payudara:

Simetris kiri dan kanan, Tampak hiperpigmentasi pada areola mammae, Puting susu menonjol, Tidak teraba benjolan, Tidak ada nyeri tekan pada waktu palpasi.

f) Abdomen:

(1) Tampak adanya striae livida, dan linea nigra, Tonus otot perut ibu tegang, Tidak ada bekas luka operasi.

(2) Periksa Leopold :

(a) Leopold I : 3 jbp, 37 cm, teraba bokong di fundus

Leopold II : punggung kiri

Leopold III : presentase kepala

Leopold IV : BDP , 2/5

Lingkar perut : 98 cm

TBJ : 37 cm x 98 cm = 3626 gram

(b) Auskultasi DJJ terdengar jelas dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134 x / mnt, secara teratur.

(c) His baik (3 x dalam 10 menit dengan durasi 35 – 40 dtk).

g) Vulva / Anus :

Tampak pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban, Tidak ada varises, tidak ada oedema, dan tidak ada hemoroid pada anus.

VT I tanggal 23 MEI 2016 jam 21.00 wita Oleh bidan “ Sri “ / Nurwaridha

Vagina dan vulva : tidak ada kelainan

Portio : Tipis

Ketuban : bercampur mekonium

Pembukaan : 9 cm

Presentase : uuk kiri depan

Hodge : H III

Moulase : 0

Penumbungan : tidak ada

Kesan panggul : normal

Pelepasan : lendir dan darah bercampur air ketuban.

h) Ekstremitas bawah :

Simetris kiri dan kanan, Tidak ada varises, Tidak ada edema pada tungkai bawah.

i) Pemeriksaan lab.

HB : 10,7 grm

Protein urine : - (negatif)

HIV : - (negatif)

C. DATA PSIKOSOSIAL

Reaksi emosional selama persalinan.

1. Ibu tidak mempermasalahkan jenis kelamin anaknya
2. Ibu sangat bahagia menantikan kelahiran bayinya
3. Suami dan keluarga menunggu dan memberikan dukungan selama persalinan.

D. DATA SPIRITUAL

1. Selama persalinan ibu berserah diri kepada Tuhan
2. Suami dan keluarga berdo'a untuk keselamatan ibu dan keluarga.

LANGKAH II : IDENTIFIKASI DIAGNOSA / MASALAH AKTUAL

Diagnosa : G1 P0 A0, kehamilan 43 minggu 6 hari, situs memanjang, intra uterine, tunggal, hidup, keadaan ibu baik, keadaan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif.

Masalah : Persalinan post matur

1. G1 P0 A0

Data subjektif :

Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah mengalami keguguran.

Data objektif : Tonus otot tegang, tampak striae livid dan linea nigra.
palpasi abdomen

Leopold I : 3 jrbpx, 37 cm, bokong

Leopold II : pu-ki

Leopold II I : Kepala

Leopold IV : BDP, 2/5

DJJ terdengar jelas kuat dan teratur dikuadran kiri
bawah perut ibu dengan frekuensi 134 x/I secara teratur.

Analisis dan Interpretasi Data

Ibu mengatakan kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran ditunjang dengan tonus otot perut yang masih tegang karena belum mengalami peregangan sebelumnya.

Striae livid merupakan jaringan perut yang timbul karena pecahnya pembuluh darah perifer pada perut akibat peregangan pada dinding perut ibu berupa garis coklat dari perut sampai symphysis selama kehamilan (Sarwono, 2010).

Berdasarkan pemeriksaan abdomen dengan cara palpasi di temukan adanya bagian- bagian janin dan djj, Hal ini menandakan ibu sedang hamil (Elisabeth. 2013).

2. Gestasi 43 Minggu 6 hari

Data subjektif :

- a. Ibu mengatakan kehamilannya lewat bulan
- b. Ibu datang tanggal 23 Mei 2016

c. Ibu mengatakan HPHT : tanggal 20 – 07 – 2015

Data objektif : Leopold I : Tfu 3 jrbpx

Analisis dan Interpretasi Data

Dari HPHT tanggal 20-07-2015 sampai tanggal 23-04-2016 maka gestasi 43 minggu 6 hari (Manuaba, 2008).

Setelah memasuki umur kehamilan matur TFU dipengaruhi oleh masuknya bagian terendah janin dalam pintu atas panggul, pada primi terjadi pada permulaan persalinan, hal ini dipengaruhi oleh tekanan cairan intrauterine dan tekanan langsung fundus pada bokong.

3. Situs memanjang

Data subjektif :

Ibu mengatakan janinya bergerak kuat disebelah kanan.

Data objektif : palpasi abdomen

Leopold I : 3 jrbpx, 37 cm, bokong

Leopold II : pu-ki

Leopold III : Kepala

DJJ terdengar jelas kuat dan teratur dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134 x/I secara teratur.

Analisis dan Interpretasi Data

Pada palpasi Leopold II, disatu sisi teraba struktur dan resisten adalah punggung dan disisi lain terdapat bagian-bagian kecil dari janin. Bunyi

jantung janin terdengar lebih jelas di bagian sisi kiri ibu, Sumbu panjang janin memanjang terhadap sumbu panjang ibu.

4. Intra Uterin

Data subjektif :

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami nyeri perut yang hebat.

Data objektif : palpasi abdomen

Leopold I : 3 jrbpx, 37 cm. bokong

Leopold II : pu-ki

Leopold II I : Kepala

Leopold IV : BDP, 2/5

Tidak ada nyeri tekan saat palpasi.

Analisis dan Interpretasi Data

Pembesaran perut sesuai kehamilan, janin dapat diraba saat palpasi serta tidak ada nyeri perut yang hebat dan tidak ada nyeri tekan, hal ini menandakan kehamilan ibu intrauterin (Sarwono, 2010).

5. Tunggal.

Data subjektif : Ibu mengatakan pergerakan lebih sering di sebelah kanan

Data objektif : palpasi abdomen

Leopold I : 3 jrbpx, 37 cm. bokong

Leopold II : PU- KI

Leopold II I : Kepala

Leopold IV : BDP

DJJ terdengar jelas kuat dan teratur dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134 x/I secara teratur.

Analisis dan Interpretasi Data

Pembesaran perut sesuai umur kehamilan dan pergerakan janin hanya pada satu tempat dan auskultasi DJJ hanya terdengar pada kuadran kiri bawah saja. Ini menandakan kehamilan tunggal (Manuaba, 2008).

Palpasi Leopold I teraba bokong dan Leopold II teraba satu kepala. Ini menandakan kehamilan tunggal.

6. Hidup

Data Subjektif :

Ibu merasakan pergerakan janinnya kuat terutama pada sebelah kanan.

Data Objektif :

DJJ terdengar jelas pada kuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134x/ menit.

Analisa dan interpretasi data

Adanya pergerakan janin yang dirasakan ibu dan DJJ yang terdengar jelas menandakan janin hidup.

7. Keadaan Ibu baik.

Data subjektif : ibu merasa tidak pusing

Data Objektif :

a. Tanda – tanda vital (TTV)

TD = 120 / 80 mmHg

N = 80 x / mnt

S = 36,6°C

P = 20 x / mnt

- b. Kesadaran ibu komposmentis (kesadaran penuh).
- c. Konjungtiva merah muda
- d. Tidak ada edema.

Analisis dan Interpretasi Data

Tanda–tanda vital ibu dalam batas normal dan kesadaran ibu komposmentis, dan tidak ada odema menandakan ibu tidak mengalami pre eklamsia/eklamsia, dan konjungtiva merah muda normal menandakan ibu tidak anemis.

8. keadaan janin baik

Data Subjektif : Ibu mengatakan janinya bergerak kuat.

Data Objektif :

- a. Auskultasi DJJ terdengar jelas ,kuat di kuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134 x /mnt secara teratur.

- b. Pemeriksaan VT Moulase : tidak ada

Analisis dan Interpretasi Data

Pergerakan janin yang kuat dan auskultasi DJJ yang terdengar jelas dan teratur menandakan janin dalam keadaan baik.

Pada pemeriksaan VT, molese (penyusupan) ditemukan: 0 (tidak ada), hal ini menandakan bahwa tulang-tulang kepala janin terpisah sehingga bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu (Sarwono, 2011).

9. Inpartu kala 1 fase aktif

Data Subjektif :

Ibu mengatakan sakit perut tembus kebelakang disertai dengan pengeluaran lendir dan darah bercampur air ketuban.

Data Objektif :

- a. Kontraksi uterus (3 x dalam 10 menit, durasi 35 – 40 detik)
- b. Penurunan kepala hodge III
- c. Pembukaan 9 cm
- d. Pelepasan lender dan darah

Analisis dan Interpretasi Data

Tanda-tanda inpartu adalah sakit perut tembus belakang disertai pelepasan lendir dan darah. Lendir berasal dari servikalis karena servik mulai membuka dan mendatar.

Pembukaan serviks fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap sampai dengan pembukaan kurang dari 4 dan fase aktif di mulai dari pembukaan 4-10cm dan adanya penurunan bagian terendah janin (Elisabeth, 2015).

Pada pemeriksaan dalam, posisi kepala hampir sejajar panggul dengan melalui spina isciadica (Nuraisah dkk, 2014).

LANGKAH III ANTISIPASI ADANYA MASALAH POTENSIAL

Antisipasi terjadinya gawat janin dan kala 1 memanjang

Analisis dan interpretasi data:

gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ cukup, sehingga mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik (jangka waktu panjang) atau akut. Tanda gawat janin, djf dalam proses persalinan bervariasi dan akan kembali normal dalam beberapa waktu. Bila djf tidak kembali normal setelah kontraksi ini merupakan tanda gawat janin (Saifuddin, 2010).

Kala 1 memanjang, kala 1 memanjang biasanya banyak terjadi pada primigravida, khususnya primigravida tua, factor herediter dan faktor emosi (ketakutan dan lain-lain) yang sering kali menyebabkan terjadinya kala 1 memanjang, dalam menghadapi masalah tersebut keadaan ibu, harus diawasi dengan seksama.

Normal pembukaan servik pada primipara adalah kurang dari 1,2 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 1 cm per jam, untuk multi para normalnya pembukaan serviks kurang dari 1,5 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 2 cm per jam (sarwono, 2011).

LANGKAH IV EVALUASI PERLUNYA TINDAKAN KOLABORASI

1. Kolaborasi dengan dokter dengan memberikan surat rujukan ke rumah sakit .

Hasil : ibu menolak dengan alasan ingin melahirkan di puskesmas saja.

2. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian oksitosin

Hasil: dokter menganjurkan pemberian oksitosin 5 U/L dimasukkan kedalam larutan RL diberikan secara infuse intravena dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit, dan selanjutnya dinaikkan 4 tetes setiap 30 menit jika tidak ada kemajuan persalinan.

LANGKAH V INTERVENSI / RENCANA TINDAKAN

Diagnosis : Perlangsungan Kala I

Tujuan :

1. Kala I berlangsung normal
2. Kondisi ibu dan janin tetap dalam batas normal
3. Kontraksi uterus kuat dan teratur.
4. Ibu mendapat dukungan psikologis dari petugas dan keluarga

Kriteria :

1. Kala I berjalan kurang dari 10 jam
2. TTV ibu dalam batas normal
 TD: sistol = 90-130 mmHg Diastol= 60-90 mmHg
 N: 60-80 x/menit, P: 16-24 x/menit, S: 36,5-37,5 °C
3. Denyut jantung janin normal 120-160 x/i, dan Tidak ada moulase
4. Kontraksi 3-5 x dalam 10 menit, durasi 35- 40 detik
5. Ibu memilih posisi yang menguntungkan dan nyaman

Rencana Tindakan :

1. Sampaikan Hasil pemeriksaan pada ibu

Rasional : dengan memberikan ibu penjelasan tentang Hasil pemeriksaan maka ibu dapat mengetahui bagaimana keadaan kesehatannya, janin dan persalinannya.

2. Jelaskan penyebab nyeri

Rasional : agar klien dapat mengerti dan memahami rasa nyeri yang dirasakan sehingga dapat beradaptasi.

3. Pantau djj, his, nadi setiap 30 menit , suhu dan tekanan darah setiap 4 jam

Rasional : untuk mengetahui keadaan janin.

4. Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam atau jika ada indikasi

Rasional : untuk mengetahui kemajuan persalinan.

5. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian surat rujukan

Rasional: dengan melakukan kolaborasi dengan dokter, persalinan dapat berlangsung dengan normal.

6. Lakukan pemasangan infus RL

Rasional: untuk memperbaiki keadaan umum dan Agar tidak terjadi dehidrasi.

7. Beri intake cairan dan nutrisi pada ibu

Rasional : dengan energi yang adekuat dapat memberikan energi bagi otot ibu sehingga ibu mempunyai kekuatan, yaitu kekuatan untuk meneran sehingga persalinan berjalan dengan baik dan mencegah terjadinya dehidrasi.

8. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin

Rasional: Kandung kemih yang penuh dapat menekan majunya kepala dan juga memberikan rasa tidak nyaman pada ibu

9. Berikan dukungan emosional

Rasional : dapat mengurangi ketegangan sehingga dapat menerima proses persalinan.

10. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri

Rasional : tidur miring kiri dapat membantu mempercepat turunnya bagian terendah dari janin dan suplai oksigen kejanin tidak terhambat.

11. Dokumentasi dengan menggunakan partograf

Rasional: Agar dapat memudahkan dalam pengambilan keputusan klinis dan rencana asuhan selanjutnya.

LANGKAH VI IMPLEMENTASI / TINDAKAN

Tanggal 23 Mei 2016 jam 21.10 wita

1. Menyampaikan Hasil pemeriksaan pada ibu bahwa sementara proses persalinannya berlangsung normal dan kurang lebih 10 jam kemudian apabila his adekuat diharap pembukaan sudah lengkap.
2. Mengkaji tingkat nyeri, Menjelaskan bahwa nyeri yang dirasakan akibat adanya kontraksi uterus, dan Mengajarkan pada ibu untuk menarik nafas lewat hidung dan menghembuskan secara perlahan melalui mulut.

3. Memantau kemajuan persalinan (his, djj, nadi, pernapasan, setiap 30 menit, suhu & tekanan darah setiap 4 jam).

Hasil :

- a. Jam 21.30 wita his 3 x 10 menit durasi 35-40 detik, djj 138x/I, N: 78 x/i.
- b. Jam 22.00 wita his 3 x 10 menit durasi 35-40 detik, djj 150x/I, N: 80 x/i, TD :120/70 mmHg, S : 36,5⁰C, P : 22x/I,
- c. Jam 22.30 wita his 4 x 10 menit durasi 40-45 detik, djj 159x/i, N: 80 x/i, 16tts/mnt.
- d. Jam 23.00 wita his 5 x 10 menit durasi 45-50 detik, djj 148x/i, N: 82x/I, 20tts/mnt.
- e. Jam 23.30 wita his 5 x 10 menit durasi 45-50 detik, djj 134x/i, N: 78 x/i, 20tts/mnt, TD :120/80 mmHg, S : 37,0⁰C, P : 24x/i.

4. Melakukan pemeriksaan dalam

- a. VT II tanggal 23 Mei 2016 jam 22.00 wita Oleh bidan “ Sri “ / Nurwaridha.

Vagina dan vulva	: tidak ada kelainan
Portio	: tipis
Ketuban	: bercampur mekonium
Pembukaan	: 9 cm
Presentase	: uuk kiri depan
Hodge	: H III
Moulase	: O

Penumbungan : tidak ada

Kesan panggul : normal

Pelepasan : lendir dan darah bercampur air ketuban.

b. VT III tanggal 23 Mei 2016 jam 23.30 wita Oleh bidan “ Sri “ / Nurwaridha

Vagina dan vulva : tidak ada kelainan

Portio : melelap

Ketuban : bercampur mekonium

Pembukaan : 10 cm

Presentase : uuk depan

Hodge : H IV

Moulase : 0

Penumbungan : tidak ada

Kesan panggul : normal

Pelepasan : lendir dan darah bercampur air ketuban.

5. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian oksitosin

Hasil: dokter menginstruksikan pemberian oksitosin 5 U/L dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit dan selanjutnya dinaikkan 4 tetes setiap 30 menit jika tidak ada kemajuan.

6. Melakukan pemasangan infus RL 500 ml dengan drips oksitosin 5 U/L dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit dan di naikkan 4 tetes tiap 30 menit jika tidak ada kemajuan
7. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum bila tidak ada his
8. Memberi dukungan emosional
9. Memberi Dukungan emosional
10. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri
11. Mendokumentasikan hasil asuhan dengan menggunakan partograf

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal 23 Mei 2016

1. Kala I fase aktif berlangsung normal ditandai dengan :
 - a. Kala I kurang dari 10 jam
 - b. His adekuat (5 x dalam 10 menit durasi 45-50 detik)
2. Kondisi ibu dan janin baik ditandai dengan DJJ : terdengar jelas kuat dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134x/menit secara teratur.
3. Keadaan ibu baik ditandai dengan ttv dalam batas normal
Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 120/80 mmHg	Nadi : 78x/menit
Pernapasan : 24x/menit	Suhu : 37°C
4. Ibu mengatakan ada dorongan kuat untuk meneran dan perasaan ingin BAB
5. Pemeriksaan dalam (VT III) jam 23.30 wita : pembukaan lengkap, presentase uuk depan, Hodge IV, molase tidak ada, pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban.

**PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL
PADA NY “ I “ GESTASI 43 MINGGU 6 HARI
DI PUSKESMAS BARA BARAYA MAKASSAR**

TGL 23 MEI 2016

NO. REGISTER : 04 –xx-xx

TANGGAL MASUK : 23 MEI 2016 JAM 21.00 WITA

TANGGAL PARTUS : 24 MEI 2016 JAM 00.30 WITA

TGL. PENGKAJIAN : 23 MEI 2016 JAM 21.00 WITA

PENGKAJI : NUR WARIDHA

A. IDENTIFIKASI DATA DASAR

IDENTITAS ISTRI / SUAMI

Nama : Ny. “ I “ / Tn. “ J “

Umur : 23 tahun / 24 tahun

Nikah : 1x / 1 thn

Suku : Makassar / Makassar

Agama : Islam / Islam

Pendidikan : SMP / SMP

Pekerjaan : IRT / Buruh harian

Alamat : Jl. Kerung–Kerung Makassar

KALA I

2. Data Objektif (O)

- [illegible]

2. Data Objektif (O)

- [illegible]

5) Inspeksi – Palpasi – Auskultasi terfokus

a. Wajah : tidak edema, tidak ada topeng kehamilan, ekspresi wajah ibu meringis menahan sakit.

b. Mata : bersih, conjungtiva merah muda, sklera tidak ikterus.

c. Mulut dan gigi :

Bersih , Tidak ada gigi yang lubang, Tidak ada gigi yang tanggal, ada karies, tidak ada sariawan, Lidah tidak kotor Gigi tampak putih, Mukosa bibir lembab.

d. Leher :

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada pembesaran kelenjar limfe, Tidak ada pembesaran vena jugularis.

e. Payudara :

Simetris kiri dan kanan, Tampak hiperpigmentasi pada areola mammae, Puting susu menonjol, Tidak teraba benjolan, Tidak ada nyeri tekan pada waktu palpasi.

f. Abdomen :

Tampak adanya striae livida, dan linea nigra, Tonus otot perut ibu tegang, Tidak ada bekas luka operasi.

Pemeriksaan Leopold :

Leopold I : 3 jbpx, 37 cm, teraba bokong di fundus

Leopold II : punggung kiri

Leopold III : presentase kepala

Leopold IV : BDP, 2/5

Lingkar perut: 98 cm

TBJ: 37 cm x 98 cm= 3626 gram

Auskultasi DJJ terdengar jelas dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134 x / mnt, secara teratur

His baik (3 x dalam 10 menit dengan durasi 35-40 detik).

g. Vulva / Anus :

Tampak pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban, Tidak ada varises, tidak ada oedema, dan tidak ada hemoroid pada anus.

Pemeriksaan dalam: VT I tanggal 23 Mei 2016 jam 21.00 wita oleh bidan sri /Nurwaridha:

Vagina dan vulva : Tidak ada kelainan

Portio : Tipis

Ketuban : bercampur mekonium

Pembukaan : 9 cm

Presentase : uuk kiri depan

Hodge : H- III

Molase : 0

Penumbungan : tidak ada

Kesan panggul : Normal

Pelepasan : lender dan darah bercampur
air ketuban

h. Ekstremitas bawah :

Simetris kiri dan kanan, Tidak ada varises, Tidak ada edema pada tungkai bawah.

i. pemeriksaan lab.

HB : 10,7 grm

Protein urine : Negatif

HIV : Negatif

3. Assesment (A)

Diagnosa : GI P0 A0, gestasi 43 minggu 6 hari, situs memanjang, intrauterin, tunggal, hidup, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif dengan persalinan post matur.

4. Planning (P)

Tanggal 23 Mei 2016 jam 21.10 wita.

1. menyampaikan Hasil pemeriksaan pada ibu bahwa sementara proses persalinannya berlangsung normal dan kurang lebih 10 jam kemudian apabila his adekuat diharap pembukaan sudah lengkap.

Hasil : Hasil pemeriksaan telah disampaikan

2. Mengkaji tingkat nyeri, Menjelaskan bahwa nyeri yang dirasakan akibat adanya kontraksi uterus, dan Mengajarkan pada ibu untuk menarik nafas lewat hidung dan menghembuskan secara perlahan melalui mulut.

Hasil : ibu mengerti dan mau melakukan bila ada his.

3. Memantau kemajuan persalinan (his, djj, nadi, pernapasan, setiap 30 menit, suhu & tekanan darah setiap 4 jam).

Hasil:

- a. Jam 21.30 wita his 3 x 10 menit durasi 35-40 detik, djj 138x/I, N: 78 x/i.
- b. Jam 22.00 wita his 3 x 10 menit durasi 35-40 detik, djj 150x/I, N: 80 x/i, TD :120/70 mmHg, S : 36,5⁰C, P : 22x/i.
- c. Jam 22.30 wita his 4 x 10 menit durasi 40-45 detik, djj 159x/i, N: 80 x/i, 16tts/mnt.
- d. Jam 23.00 wita his 5 x 10 menit durasi 45-50 detik, djj 148x/i, N: 82x/I, 20tts/mnt.
- e. Jam 23.30 wita his 5 x 10 menit durasi 45-50 detik, djj 134x/i, N: 78 x/i, 20tts/mnt, TD :120/80 mmHg, S : 37,0⁰C, P : 24x/i.

4. Melakukan pemeriksaan dalam

- a. VT II tanggal 23 Mei 2016 jam 22.00 wita Oleh bidan “ Sri “ / Nurwaridha.

Vagina dan vulva	: tidak ada kelainan
Portio	: tipis
Ketuban	: bercampur mekonium
Pembukaan	: 9 cm
Presentase	: uuk kiri depan
Hodge	: H III
Moulase	: O

Penumbungan : tidak ada
 Kesan panggul : normal
 Pelepasan :lendir dan darah bercampur
 air ketuban

b. VT III tanggal 23 Mei 2016 jam 23.30 wita Oleh bidan “ Sri “ /
 Nurwaridha.

Vagina dan vulva : tidak ada kelainan
 Portio : melesap
 Ketuban : bercampur mekonium
 Pembukaan : 10 cm
 Presentase : uuk depan
 Hodge : H IV
 Moulase : 0
 Penumbungan : tidak ada
 Kesan panggul : normal
 Pelepasan : lendir dan darah bercampur
 air ketuban.

5. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian oksitosin

Hasil: dokter menginstruksikan pemberian oksitosin 5 U/L dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit dan selanjutnya dinaikkan 4 tetes setiap 30 menit jika tidak ada kemajuan.

6. Melakukan pemasangan infus RL 500 ml dengan drips oksitosin 5 U/L dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit dan di naikan 4 tetes tiap 30 menit jika tidak ada kemajuan

Hasil: infuse RL dengan drips oksitosin telah terpasang

7. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum bila tidak ada his

Hasil : ibu mau makan nasi 3 sendok dan air $\frac{1}{2}$ gelas.

8. Mengusahakan agar kandung kemih kosong

Hasil : telah dilakukan kateter dan kandung kemih kosong.

9. Memberi dukungan emosional

Hasil : ibu siap secara fisik dan mental dalam menghadapi persalinan.

10. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri

Hasil: Ibu bersedia melakukannya

11. Mendokumentasikan hasil asuhan dengan menggunakan partograf

Hasil: Partograf telah di isi.

KALA II

LANGKAH 1 : IDENTIFIKASI DATA DASAR

Data Subjektif :

1. ibu mengatakan sakit perut semakin kuat
2. ibu mengatakan adanya dorongan kuat
3. ibu mengatakan ingin buang air besar (bab) dan ada tekanan pada anus

Data Objektif :

1. perineum menonjol
2. vuva dan anus membuka
3. kontraksi uterus 5 x dalam 10 menit durasi 45-50 detik
4. DJJ terdengar jelas, kuat dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi =134x/menit secara teratur
5. VT III tanggal 23 Mei 2016 jam 23.30 wita Oleh bidan “ Sri “ / Nurwaridha: pembukaan lengkap, presentase uuk depan, dan pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban.

LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH AKTUAL

Diagnosa aktual : perlangsungan kala II

Data Subjektif :

1. Ibu mengatakan ingin bab dan ada teknan pada anus
2. Ibu mengatakan ada dorongan yang kuat untuk meneran
3. Ibu mengatakan nyerinya bertambah dan semakin kuat.

Data Objektif :

1. Perineum menonjol
2. Vulva dan anus membuka
3. Kontraksi uterus 5 x dalam 10 menit, durasi 45-50 detik
4. Djj terdengar jelas, kuat dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 134 x/menit secara teratur.
5. VT III tanggal 23 Mei 2016 jam 23.30 wita Oleh bidan “ Sri “ / Nurwaridha: pembukaan lengkap, presentase uuk depan, dan pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban.

Analisis dan interpretasi data

Dengan adanya penekanan pada rectum memberi rangsangan pada ibu untuk bab dan membuat anus terbuka.

Dengan adanya his yang adekuat menyebabkan segmen bawah rahim berkontraksi dan mendorong janin turun kebawah segman bawah rahim yang tertarik keatas sehingga terjadi dilatasi dan relksasi sehingga membentuk saluran jalan lahir (Manuaba, 2008).

Rasa nyeri yang timbul disertai tekanan pada anus dan rasa ingin meneran dan bab pada ibu yang berlangsung secara reflex merupakan tanda-tanda gejala kala 2.

LANGKAH III ANTISIPASI MASALAH / DIAGNOSA POTENSIAL

Masalah potensial : antisipasi terjadinya ruptur perineum dan kala 2 lama, asfiksia mekonium.

Data Subjektif :

1. ibu merasakan ada tekanan pada anus
2. Ibu merasa adanya dorongan yang kuat untuk meneran

Data Objektif :

1. Ibu terlihat kelelahan
2. vulva dan anus membuka
3. Perineum menonjol dan tampak kaku.

Analisa dan interpretasi data

Keinginan untuk meneran merupakan reflex yang ditimbulkan oleh karena adanya penekanan kepala bayi pada dinding vagina dan rectum.

Persalinan yang lama dapat mengakibatkan tidak seimbangnya cairan elektrolit serta kekurangan cadangan glukosa sehingga mengakibatkan kelelahan. Kondisi kelelahan akan mengakibatkan kontraksi uterus kurang adekuat sehingga mengakibatkan persalinan lama. Kala II dikatakan memanjang jika pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mendedan, tetapi tidak ada kemajuan persalinan selama lebih dari 2 jam (Oxorn, 2010).

Adanya bagian terendah janin pada jalan lahir tampak pada perineum yang menonjol sehingga terjadi peregangan otot yang dapat mengakibatkan ruptur tidak adekuat selain itu perineum yang kaku dapat menjadi penyebab ruptur perineum.

Asfiksia mekonium terjadi jika janin mengalami stress selama proses persalinan berlangsung dan sering terjadi pada bayi post matur. Selama persalinan berlangsung, bayi bisa mengalami kekurangan oksigen, hal ini menyebabkan meningkatnya gerakan usus dan pengedoran otot anus, sehingga menyebabkan mekonium dikeluarkan kedalam cairan ketuban, jika bayi masih berada di dalam rahim dan bayi menghirup nafasnya yang pertama maka campuran air ketuban dan mekonium tersebut terhirup kedalam paru-paru.

LANGKAH IV EVALUASI TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI

Tidak ada indikasi

LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

Tujuan:

1. Kala II berlangsung normal
2. Bayi lahir normal

Kriteria:

1. Tidak terjadi ruptur perineum dan perdarahan
2. Kontraksi uterus baik teraba bundar dan keras
3. TTV dalam batas normal
4. Bayi lahir dalam 30 menit, menangis segera, dan bernapas spontan.
5. Tidak terjadi asfiksia dan hipotermi

INTERVENSI

1. Melihat Adanya Tanda gejala Kala Dua.

Rasional : agar dapat mengetahui apakah sudah dapat memimpin persalinan atau belum.

2. Persiapkan alat peralatan dan alat perlindungan diri

Rasional : mempersiapkan diri dan mencegah infeksi silang

3. Memakai celemek plastik.

Rasional : mencegah infeksi silang

4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir. **Rasional** : mencegah infeksi silang

5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam. **Rasional** : mencegah infeksi silang

6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.

Rasional : menyiapkan peralatan dalam keadaan siap pakai

7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.

Rasional : mencegah infeksi

8. Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.

Rasional : untuk mengetahui pembukaan dan kemajuan persalinan

9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%. **Rasional** : mencegah infeksi silang

10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).

Rasional : untuk mengetahui keadaan janin

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran. **Rasional** : agar ibu mengetahui dan mempersiapkan diri dalam proses persalinan.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman. **Rasional** : dapat membantu proses persalinan
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
Rasional : memperlancar berlangsungnya proses persalinan.
14. Menganjurkan ibu tidur miring dan atau mengambil posisi nyaman,
Rasional : dapat membantu penurunan kepala janin.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
Rasional : untuk mengeringkan tubuh bayi
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
Rasional : sebagai alas untuk menyokong perineum
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan. **Rasional** : mempersiapkan alat dalam keadaan siap pakai
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
Rasional : untuk mencegah infeksi.

19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5–6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu melindungi perineum dengan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).

Rasional : agar tidak terjadi ruptur perineum

20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

Rasional : memeriksa adanya lilitan tali pusat untuk mencegah bayi dari asfiksia dan kematian janin.

21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan. **Rasional** : menghilangkan torsi pada leher

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental.

Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. **Rasional** : untuk membantu pengeluaran tubuh bayi agar tidak terjadi rupture perineum

23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

Rasional : membantu pengeluaran tubuh bayi seluruhnya

24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).

25. Melakukan penilaian selintas :

- a. bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan
- b. bayi bergerak aktif

26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.

Rasional : agar bayi tidak hipotermi

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus. **Rasional** : untuk mengetahui ada tidaknya kehamilan ganda.

28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

Rasional : untuk menentukan batas tali pusat yang akan di potong

31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi **Rasional** : untuk mencegah agar tidak hipotermi karena hilangnya panas.

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal 24 april 2016 jam 23.30 wita

1. Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua
 - a. Dorongan kuat untuk meneran
 - b. Tekanan pada anus
 - c. Perineum menonjol
 - d. Vulva dan anus membuka
2. Menyiapkan peralatan persalinan dan perlindungan diri

Partus set: 2 buah klem kocher 1 buah ½ kocher Gunting tali pusat Gunting episiotomy Penjepit tali pusat Handscoon steril Kasa secukupnya Obat –obatan : Oksitosin Vit.K HB _O Alat resusitasi bayi: <i>Suction</i> <i>Infant warmer</i> O ₂ (tabung oksigen)	Heacting set: Pinset anatomi Pinset cirurgi Needle holder Jarum/cutgut APD: Celemek Sepatu boot Masker Kaca mata Penutup kepala Handuk bersih	Peralatan lainnya : Alat ttv Lenec/dopler Delee, dan Metline Timbangan bayi Kantong plastic Wadah air dtt Wadah air clorin0,5% Tempat sampah Pakaian ibu dan bayi Cairan infuse RL Infuse set, Kain bersih Under pad
--	--	---

<i>Incubator</i>		
------------------	--	--

3. Memakai celemek plastik.
 4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
 5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
 6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
 7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.
 8. Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- Hasil :** VT II tanggal 23 Mei 2016 jam 23.30 wita Oleh bidan “ Sri “ / Nurwaridha: pembukaan lengkap, presentase uuk depan, dan pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban.
9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).

Hasil : terdengar jelas ,kuat dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 136 x/mnt secara teratur.

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

14. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri atau mengambil posisi nyaman.

15. Meletakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

16. Meletakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu

17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melindungi perineum dngan satu tangan, dan tangan yang

lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).

20. Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

Hasil: tidak ada lilitan tali pusat

21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

Hasil : bayi lahir tanggal 24 MEI 2016 jam 00.05 wita ,dengan jk: laki-laki.

25. Melakukan penilaian selintas :

Hasil : bayi tidak segera menangis, usaha nafas lambat, gerakan hampir tidak ada, kulit kebiruan, kering, mudah mengelupas, disertai ada mekonium dikulit.

26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Hasil : bayi tunggal

28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal 24 Mei 2016

1. Kala 2 berlangsung normal :
 - a. Bayi lahir spontan, tidak segera menangis pada tanggal 24 Mei 2016 jam 00.05 wita.
 - b. Kontraksi uterus baik teraba bundar dan keras
 - c. TFU setinggi pusat
2. Jumlah perdarahan kurang lebih 150 cc placenta belum lepas

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN KALA II

1. Data Subjektif (S)

1. Ibu mengatakan ada dorongan untuk meneran.
2. Ibu merasa ada tekanan pada anus dan vagina.
3. Ibu merasa ingin BAB.
4. Ibu mengatakan sakitnya bertambah kuat dan tembus kebelakang.

2. Data Objektif (O)

1. Keadaan umum ibu baik.
2. Tampak ibu ingin meneran.
3. Perineum menonjol.
4. Vulva / anus membuka.

5. Pemeriksaan dalam (VT III) jam 23.30 wita : pembukaan lengkap, presentase uuk depan, Hodge IV, molase tidak ada, pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban.

3. Assesment (A)

Perlangsungan Kala II dengan persalinan post matur.

4. Planning (P)

Tanggal 23 Mei 2016 jam 23.30 wita.

1. Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua

- a. Dorongan kuat untuk meneran
- b. Tekanan pada anus
- c. Perineum menonjol
- d. Vulva dan anus membuka

Hasil : tanda gejala kala 2 sudah terlihat

2. Menyiapkan peralatan persalinan dan perlindungan diri

Partus set: <ul style="list-style-type: none"> - 2 buah klem kocher - 1 buah ½ kocher - Gunting tali pusat - Gunting episiotomy - Penjepit tali pusat - Handscoon steril - Kasa secukupnya Obat –obatan : <ul style="list-style-type: none"> - Oksitosin - Vit.K - HB_O Alat resusitasi bayi: <i>Suction</i> <i>O2 (tabung oksigen)</i> <i>Infant warmer</i> <i>Incubator</i>	Heacting set: <ul style="list-style-type: none"> - Pinset anatomi - Pinset cirurgi - Needle holder - Jarum/cutgut APD: <ul style="list-style-type: none"> - Celemek - Sepatu boot - Masker - Kaca mata - Penutup kepala - Handuk bersih 	Peralatan lainnya : <ul style="list-style-type: none"> - Alat ttv - Lenec/doplerDelee - Metline dan Nearback - Timbangan bayi - Kantong plastic - Wadah air dtt - Wadah air clorin0,5% - Tempat sampah - Pakaian ibu dan bayi - Cairan infuse - Infuse set - Kain bersih - Under pad
--	---	--

Hasil : alat dan perlindungan diri sudah lengkap

3. Memakai celemek plastik.

Hasil : celemek telah dipakai

4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.

Hasil : tangan sudah bersih dan kering

5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam

Hasil : sarung tangan dipakai di tangan kanan

6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.

Hasil : oksitosin telah di simpan dalam bak partus

7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.

Hasil : vulva dan perineum telah bersih.

8. Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.

Hasil : Pemeriksaan dalam (VT III) jam 23.30 wita : pembukaan lengkap, presentase uuk depan, Hodge IV, molase tidak ada, pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban.

9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

Hasil : sarung tangan telah direndam di larutan clorin

10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).

Hasil : terdengar jelas ,kuat dikuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 136 x/mnt secara teratur

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.

Hasil : ibu telah diberi tahu

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.

Hasil: keluarga ibu bersedia membantu

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

Hasil : ibu meneran dengan baik

14. Menganjurkan ibu untuk tidur miring atau mengambil posisi yang nyaman

Hasil: ibu bersedia melakukannya

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

Hasil : handuk telah diletakkan

16. Meletakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian bawah bokong ibu

Hasil: kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian telah diletakkan di bawah bokong ibu.

17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

Hasil: tutup partus set dibuka dan alat dan bahan lengkap

18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Hasil: sarung tangan di pakai dikedua tangan

19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melindungi perineum dngan satu tangan, dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).

Hasil : kepala bayi telah lahir

20. Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

Hasil: tidak ada lilitan tali pusat

21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Hasil: bayi telah melakukan putaran paksi luar

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental.

Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi.

Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Hasil: bahu depan dan bahu belakang telah lahir

23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

Hasil: lengan ,badan dan siku lahir

24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

Hasil : bayi lahir tanggal 24 April 2016 jam 00.05 wita, dengan jk:laki-laki.

25. Melakukan penilaian selintas :

Hasil : bayi tidak segera menangis, usaha nafas lambat, gerakan hampir tidak ada, kulit kebiruan, kering, mudah mengelupas, disertai ada mekonium dikulit.

26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.

Hasil: kain basah telah diganti kain kering ,

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Hasil : bayi tunggal

28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.

Hasil: ibu telah diberu tahu

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

Hasil: telah di suntik oksitosin

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

Hasil : tali pusat telah dijepit.

31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

Hasil: tali pusat telah di potong

32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

Hasil: tali pusat menggunakan klem penjepit tali pusat plastik.

33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

Hasil: ibu dan bayi telah diselimuti

KALA III

LANGKAH 1 IDENTIFIKASI DATA DASAR

Data Subjektif : Ibu merasa senang dengan melahirkan bayinya.

Data Objektif :

- a. Bayi lahir spontan dan tidak segera menangis pada tanggal 24 Mei 2016 jam 00.05 wita
- b. TFU setinggi pusat
- c. Kontraksi uterus baik
- d. Pendarahan kurang lebih 100cc
- e. Plasenta belum lahir

LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA /MASALAH AKTUAL

Diagnosa : perlangsungan kala III

Data Subjektif : Ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya

Data Objektif :

- a. Kontraksi uterus baik
- b. TFU setinggi pusat
- c. Pendarahan kurang lebih 100cc
- d. Plasenta belum terlepas

Analisa dan interpretpretasi data

Setelah bayi lahir uterus berkontraksi yang menyebabkan penciutan Permukaan kovum uteri dan tampak placenta, akibatnya plasenta akan terlepas dari tempat tertanamnya.

LANGKAH III ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Masalah potensial : antisipasi terjadinya rest plasenta

LANGKAH IV TINDAKAN SEGARA KOLABORASI

Tidak ada data yang menunjang

LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

Diagnosa : Perlangsungan kala III

Tujuan :

- a. Kala III berlansung normal
- b. Tidak terjadi Pendarahan

Kriteria :

- a. Lamanya kala III kurang dari 15 menit
- b. Plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap
- c. Kontraksi uterus baik teraba bundar dan keras
- d. Tidak terjadi pendarahan lebih dari 500cc

Intervensi

34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva

Rasional : dapat memudahkan dalam PTT

35. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.

36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal.

Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

Rasional : memudahkan plasenta keluar sesuai kurve jalan lahir hingga tampak pada vulva.

38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)

Rasional : masase akan membantu kontraksi uterus

40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

Rasional : adanya sisa plasenta dan selaput ketuban dapat menyebabkan terjadinya perdarahan kemudian memasukkannya dalam kantong plastic dapat mencegah infeksi silang.

LANGKAH V IMPLEMENTASI

Tanggal 24 Mei 2016 jam 00.08 wita

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
37. Melakukan peregang dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua

tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

Hasil: plasenta lahir jam 00.15 wita.

39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal 24 Mei 2016

1. Kala III berlangsung normal di tandai dengan
 - a. Lama kala III kurang dari 15 menit
 - b. Plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap
 - c. Kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras
 - d. TFU setinggi pusat.
2. pendarahan tidak lebih dari 500cc
3. terjadi rupture perineum tingkat II
4. Keadaan ibu baik

tanda-tanda vital dalam batas normal

TD : 100/70mmHg

P : 20x/menit

N : 78 x/menit

S : 36,7 °C

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN

KALA III

Data Subjektif (S)

Ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya

Data Objektif (O)

1. Anak lahir tanggal 24 april 2016 jam 00.05 WITA dengan jenis kelamin laki laki, bayi tidak segera menangis, usaha nafas lambat, gerakan hampir tidak ada, kulit kebiruan, kering, mudah mengelupas, disertai ada mekonium dikulit.
2. TTV :
 TD: 110/70 mmHg N :80 x/i
 P : 20 x/I S : 36,7 °C
3. Kontraksi uterus baik (teraba bundar dan keras)
4. TFU setinggi pusat

Assesment (A)

Perlangsungan Kala III

Planning (P)

Tanggal 24 mei 2016 jam 00.08 wita.

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva

Hasil: klem berjarak 5-10 cm dari vulva.

35. Meletakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.

Hasil : tangan di atas simpisis dan tangan lain meregangkan

36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal.

Jika plasenta tidak lahir setelah 30–40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

Hasil : peregangan berhasil

37. melakukan peregangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

Hasil: peregangan dan dorso cranial di lakukan

38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

Hasil: plasenta lahir jam 00.15 wita

39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)

Hasil: Masase telah dilakukan

40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

Hasil: plasenta lahir dengan kotiledon dan selaput lengkap, plasenta telah di masukan ke tempat sampah yang disediakan

KALA IV

LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

Data Subjektif : Ibu mengatakan lelah setelah persalinan

Data Objektif :

- a. Kontraksi uterus baik, teraba keras dan bundar
- b. TFU setinggi pusat
- c. Plasenta lahir lengkap jam 00.15 wita
- d. TTV : TD : 110/70 mmHg P: 20 x/i

N : 78 x/I

S: 36,7 oC

LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA / MASALAH AKTUAL

Diagnosa : perlansungan kala IV

Data Subjektif : Ibu mengatakan lelah saat persalinan

Data Objektif :

- a. Pacenta lahir lengkap jam 00.15 wita
- b. Pendarahan kurang lebih 100cc
- c. TTV : TD : 110 / 70mmHg P : 20x / menit

N : 78 x / menit

S : 36,7⁰C

Analisa dan interpretasi data

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya persalinan pendarahan past partum.

Setelah placenta terlepas dengan demikian fundus terdorong ke atas serta bentuk uterus menjadi bulat dan keras.

LANGKAH III ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Masalah potensial : antisipasi terjadinya pendarahan post partum

Data Subjektif : ibu merasa lelah

Data Objektif :

- a. placenta lahir lengkap
- b. TFU setinggi pusat
- c. kontraksi uterus
- d. pendarahan kurang lebih 100cc

e. TTV : TD : 110 / 70 mmHg

P : 20x / menit

N : 78 x / menit

S : 36,7°C

Analisa dan interpretasi data

Kala IV adalah masa pengawasan selama 2 jam selama placenta lahir yang membutuhkan Pengawasan yang intensif, karena periode ini masih sangat rentan terjadinya perdarahan.

LANGKAH IV TINDAKAN EMERGENCY / KOLABORASI

Tidak ada indikasi atau data Yang menunjang untuk di lakukan tindakan segera.

LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

Diagnosa : perlangsungan kala IV

Tujuan : kala IV berlangsung normal

Kriteria :

1. kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras
2. pendarahan post partum tidak terjadi
3. TTV dalam batas normal

TD = sistol = 90-130 mmHg Diastol = 60-90 mmHg

N = 60-80x /menit, P = 16-24x /menit, S = 36,5-37,5 °C

Intervensi

41. Evaluasi kemungkinan robekan pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila robekan menyebabkan perdarahan.

Rasional : robekan pada jalan lahir akan menyebabkan perdarahan aktif

42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. **Rasional** : uterus yang berkontraksi menandakan kala IV berlangsung normal

43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan Vit, k intramaskuler di paha kiri anterolateral.

Rasional : untuk mengetahui keadaan bayi dan pemberian vit K yaitu untuk mencegah perdarahan otak, dan tetes mata untuk mencegah infeksi mata

45. Setelah satu jam pemberian Vit.k berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

Rasional : hepatitis B untuk memberi kekebalan pada tubuh bayi

46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

Rasional : kontraksi uterus yang baik menandakan kala IV berlangsung normal

47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

Rasional : untuk memancing munculnya kontraksi yang dapat membantu menghentikan perdarahan

48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

Rasional : untuk memastikan apakah perdarahan normal/tidak

49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

Rasional : untuk memastikan keadaan ibu tetap dalam keadaan baik

50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.

51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi. **Rasional** : larutan clorin dapat membunuh bakteri

52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

Rasional : memberikan rasa nyaman pada ibu dan mencegah infeksi.

54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.

Rasional : agar dapat memulihkan tenaga ibu yang telah keluar saat bersalin

55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

Rasional : mencegah infeksi silang

56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% gr. **Rasional** : sebagai tindakan desinfeksi sarung tangan

57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

Rasional : merupakan dekontaminasi agar tidak terkontaminasi dengan bakteri

58. Melengkapi partograf.

Rasional : sebagai catatan pemantauan persalinan.

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal 23 Mei 2016 jam 00.30 wita

41. Mengevaluasi kemungkinan robekan pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila robekan menyebabkan perdarahan.
 42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- Hasil:** - BBL : 3500 gram - PBL : 46 cm
- Lk: 33 cm , Ld: 32 cm , Lp: 29 cm , Lila: 11 cm
 - Vit.k telah disuntikkan jam 06.00 wita
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
 46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
 48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

49. Memeriksa tekanan darah nadi ,suhu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

Hasil :

Waktu	Tekanan darah	Suhu	Nadi	Tfu	Kandung kemih	Kontra ksi	perda rahan
00.30	100/70mmhg	36,6 °c	78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	30 cc
00.45	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	25 cc
01.00	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	25 cc
01.15	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	20 cc
01.45	100/70 mmhg	36,5 °c	78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	20 cc
02.15	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	15 cc

50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering..
54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Kemudian keringkan
58. Melengkapi partograf

LANGKAH VII EVALUASI

1. kala IV berlangsung normal, di tandai dengan
 - a. kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras
 - b. jumlah pendarahan kurang lebih 150cc
 - c. TTV dalam batas normal

$TD = 100 / 70 \text{ mmHg}$ $N = 78 \text{ x/ menit}$
 $P = 20 \text{ x/ menit}$ $S = 36,5^{\circ}\text{C}$

Hecting perineum derajat /tingkat II dengan tanpa anestesi

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN

KALA IV

Data Subjektif (S)

Ibu mengatakan lelah setelah persilannya tanggal 24 Mei 2016 jam 00.05 wita.

Data Objektif (O)

- 1) Kala III berlangsung ± 10 menit
- 2) Plasenta lahir lengkap
- 3) Kontraksi uterus baik (teraba bundar dan keras).
- 4) TFU setinggi pusat
- 5) Perdarahan ± 150 cc.
- 6) TTV :

TD = 100 / 70 mmHg	N = 78 x / mnt
S = 36,7°C	P = 20 x / mnt

Assesment (A)

Perlangsungan Kala IV

Planning (P)

Tanggal 24 april 2016 jam 00.30 wita.

41. Evaluasi kemungkinan robekan pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila robekan menyebabkan perdarahan.

Hasil : terjadi rupture perineum tingkat II.

42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

Hasil : uterus berkontraksi baik, teraba keras dan bundar

43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

Hasil : bayi berada di dalam incubator

44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral. **Hasil**: BBL : 3500 gram, PBL : 46 cm, Lk: 33 cm , Ld: 32 cm , Lp: 29 cm , Lila: 11 cm, Vit.k telah disuntikkan jam 06.00 wita

45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

Hasil : HB₀ telah disuntikkan jam 07.00 wita

46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

Hasil : telah dilakukan pemantauan

47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

Hasil: ibu mengerti dan bersedia melakukannya

48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

Hasil: telah dilakukan evaluasi

49. Memeriksa tekanan darah nadi ,suhu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

Hasil :

Waktu	Tekanan darah	Suhu	Nadi	tfu	Kandung kemih	Kontra ksi	perda rahan
00.30	100/70mmhg	36,6 °c	78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	30 cc
00.45	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	25 cc
01.00	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	25 cc
01.15	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	20 cc
01.45	100/70 mmhg	36,5 °c	78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	20 cc
02.15	100/70 mmhg		78x/i	1 jr bpst	Kosong	Baik	15 cc

50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik. **Hasil:** bayi bernafas dengan baik

51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.

Hasil: semua peralatan telah direndam

52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

Hasil: bahan –bahan yang terkontaminasi telah dibuang

53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

Hasil : ibu telah dibersihkan engan air DTT dan pakaian ibu telah diganti.

54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.

Hasil: ibu sudah merasa nyaman.

55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

Hasil: tempat bersalin telah didekontaminasi

56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%

Hasil: sarung tangan telah direndam

57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Kemudian keringkan

Hasil: tangan sudah bersih dan kering

58. Melengkapi partograf

Hasil: partograf telah di lengkapi

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara hasil studi pada pelaksanaan dan penerapan asuhan kebidanan pada klien Ny” I “ dengan kasus persalinan post matur di ruangan bersalin puskesmas Bara- Baraya Makassar tanggal 24 Juli 2016. Pembahasan ini dibuat berdasarkan landasan teoritis dan studi kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi agar tindakan direncanakan berdasarkan rasional yang relevan yang dapat dianalisa secara teoritis untuk memudahkan memahami kesenjangan dan kesesuaian yang terjadi pada kasus ini.

A. Kala I

a. Langkah I

Langkah 1 dilakukan dengan cara pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap untuk membuat kesimpulan tentang normalnya kehamilan tersebut. Rencana yang rasional untuk memantau persalinan dapat ditegakkan berdasarkan kepentingan ibu dan janin. Jika tidak ditemukan kelainan ibu harus diyakini bahwa kehamilannya dalam keadaan normal.

Pengkajian data pada kasus Ny”I” didapatkan bahwa ibu masuk pada tanggal 23 Mei 2016 jam 21.00 wita dengan keluhan sakit perut tembus belakang disertai pelepasan lendir dan darah dirasakan sejak tanggal 22 Mei 2016 jam 09.00 wita sampai sekarang dan sifatnya hilang

timbul. Hamil yang pertama dan tidak pernah keguguran sebelumnya. Ibu mengatakan kehamilannya sudah lewat bulan, mendapat haid pertama haid terakhir tanggal 20 Juli 2016, pergerakan janinnya kuat di sebelah kanan. Riwayat pengeluaran air ketuban sejak jam 20.30 wita.

Hal ini sesuai dengan Teori yang menyebutkan bahwa tanda-tanda inpartu adalah sakit perut tembus belakang disertai pelepasan lendir dan darah dan terkadang keluar air ketuban dengan sendirinya. Lendir berasal dari servikalis kanalis disebabkan karena serviks mulai membuka data mendarat (Rukiyah, 2009).

Usia kehamilan aterm (38-42 minggu) akan mulai timbul tanda persalinan: terjadinya his persalinan, pengeluaran lendir dan darah, pengeluaran cairan, kehamilan aterm menunjukkan bahwa janin telah siap untuk dilahirkan, selain itu plasenta sebagai salah satu organ yang mendukung perkembangan janin telah menua dan fungsinya mulai menurun sesuai dengan tuanya kehamilan (Sarwono. 2011).

Data objektif yang didapatkan bahwa keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, ibu tidak mengalami anemia, kehamilan tunggal, intrauterin, situs memanjang, TFU 3jrbpx, 37cm, sudah BDP (bergerak dalam panggul) dengan perlimaan 2/5, keadaan janin baik ditandai dengan djf dalam batas normal. Hasil pemeriksaan dalam jam 21.00 wita tanggal 23 Mei 2016 didapatkan pembukaan 9 cm, Hodge III, molase 0 (tidak ada) dan kesan panggul pada pemeriksaan dalam tidak ada yang mengindikasikan peyulit persalinan.

Sesuai dengan teori tanda-tanda inpartu dapat dilihat Pada pemeriksaan dalam yaitu didapatkan serviks yang mendatar , pembukaan jalan lahir sudah ada. Permbukaan serviks dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks yang secara bertahap serta adanya penurunan bagian terendah janin (Elisabeth, 2015). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

Menurut (Sarwono. 2011) persalinan post matur dapat diketahui dengan cara menghitung usia kehamilan yaitu di hitung berdasarkan HPHT, pemeriksaan umur kehamilan dihitung dengan menggunakan rumus neagle berdasarkan anamnesis dari haid pertama haid terakhir, jika waktu persalinan tidak sesuai dengan tafsiran persalinan menurut neagle, maka besar kemungkinan terjadi persalinan post matur. Sedangkan Pada kasus Ny”I” didapatkan haid pertama haid terakhir adalah 20 juli 2016

TFU, pemeriksaan TFU juga salah satu pendukung dari diagnosis persalinan post matur. Jika pembesaran uterus lebih besar dari dugaan usia kehamilan normal, maka kemungkinan terjadi usia kehamilan lebih tua dari taksiran. Pada kasus Ny”I” TFU nya adalah 3 jrbpx, 37 cm.

TBJ, pemeriksaan tafsiran berat badan janin dapat ditentukan dengan cara lingkaran perut dikalikan dengan tinggi fundus uteri. Pada usia kehamilan >42 minggu sering sekali plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sehingga TBJ semakin

bertambah, hal itu memungkinkan akan terjadi makrosomia (*Obsetric note*, 2014). Pada kasus Ny”I” TBJ yang didapatkan 3626 gram.

Menurut (Taufan, 2012) pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic untuk mendukung diagnosis persalinan post matur. Pada pemeriksaan USG tersebut dapat dilihat usia kehamilan, ukuran plasenta, jumlah cairan amnion, dan berat janin. Sedangkan kasus Ny”I” USG tidak dilakukan karena kondisinya tidak memungkinkan.

pada bayi, teori menyebutkan bahwa ciri-ciri bayi mengalami persalinan post matur seperti: gangguan pertumbuhan, kulit kering, keriput (hilangnya lemak sub kutan), kuku tangan dan kaki panjang, hilangnya verniks caseosa dan lanugo, warna kekuningan atau coklat kehijauan pada kulit dan tali pusat, muka terlihat tua, rambut kepala banyak dan tebal.

Hal ini sesuai dengan Teori lain yang menyebutkan bahwa ciri-ciri bayi post matur: biasanya berat badan lebih berat dari bayi matur(>4000 gram), tulang dan sutura kepala lebih keras dari bayi matur, verniks kaseosa dibadan berkurang, kuku panjang, rambut kepala tebal (Manuaba, 2008).

b. Langkah II

Berdasarkan data subjektif dan data objektif pada kasus Ny”I” didapatkan diagnosis inpartu kala I fase aktif .

Sesuai dengan teori bahwa penetapan diagnosa fase aktif berdasarkan pembukaan dimana fase laten dimulai sejak awal kontraksi sampai dengan pembukaan kurang dari 4 dan fase aktif dimulai dari

pembukaan 4 sampai dengan pembukaan 10 dan adanya penurunan bagian terendah janin (Latifa, 2015).

Pada kasus Ny”I” juga didiagnosis persalinan post matur. dikatakan post matur jika kehamilan lewat waktu atau usia kehamilan lebih dari 42 minggu (Sarwono. 2011). Sedangkan data yang didapatkan pada kasus Ny”I” usia kehamilannya 43 minggu 6 hari.

Sesuai dengan teori (Nugroho, 2012) serotinus adalah kehamilan yang telah berlangsung selama 42 minggu (294 hari) atau lebih, pada siklus haid teratur dan hari pertama haid terakhir yang diketahui dengan pasti. Dan Kehamilan lewat waktu merupakan salah satu kehamilan yang beresiko. Dimana usia kehamilannya telah mencapai 42 minggu lengkap atau lebih dihitung dari hari pertama haid terakhir, yang dapat menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas (Wijayanti, 2014).

Teori lain juga menyebutkan bahwa diagnosa persalinan post matur dapat ditegakkan berdasarkan TFU, normalnya umur kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri 2 jari dibawah prosessus xifoideus, dan jika pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan maka kemungkinan terjadi usia kehamilan lebih tua dari taksiran (Obsetric note. 2014). Pada kasus ny”I”didapatkan TFU 3jrbpx, hal ini menunjukkan bahwa besar kemungkinan terjadi usia kehamilan lebih tua.

Persalinan post matur dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan USG, yaitu: menilai usia kehamilan, derajat maturitas plasenta, jumlah air ketuban, besarnya janin, dan keadaan janin (Sujiyantini, 2009).

Sedangkan pada kasus Ny”I” tidak dilakukan pemeriksaan USG karena kondisi ibu yang tidak memungkinkan untuk dilakukannya pemeriksaan tersebut. Oleh karena itu berdasarkan teori dan kasus yang ada, disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktek yang dilakukan.

c. Langkah III

Dalam merumuskan diagnosa/masalah potensial dengan manajemen asuhan kebidanan adalah pengambilan keputusan untuk mempersiapkan segala sesuatu yang mungkin saja terjadi yang dapat membahayakan pasien.

Dalam teori menurut (Prawirohardjo, 2006) masalah potensial yang mungkin terjadi pada bayi post matur adalah gawat janin, gerakan janin berkurang, kematian janin, asfiksia mekonium, dan kelainan letak. Menurut (Widyasari, 2012) masalah potensial yang biasanya terjadi pada kala 1 yaitu kala 1 memanjang dan gawat janin. Gawat janin terjadi jika perubahan pada plasenta terjadi (disfungsi plasenta) yang menyebabkan terjadinya peningkatan penimbunan kalsium.

Pada kasus Ny”I” didapatkan tidak ada data yang menunjukkan bahwa terjadi gawat janin, hal ini di tandai dengan djf kembali normal saat kontraksi selesai.

Sesuai dengan teori bahwa Gawat janin dapat terjadi bila janin tidak menerima O₂ yang cukup sehingga mengalami hipoksia. Dan tanda gawat janin bisa dilihat jika djf dalam proses persalinan bervariasi dan akan kembali normal dalam beberapa waktu, namun jika djf tidak kembali normal setelah kontraksi ini merupakan tanda gawat janin (Prawirohardjo, 2000).

Kala 1 memanjang, biasanya banyak terjadi pada primigravida, khususnya primigravida tua, faktor herediter dan faktor emosi (ketakutan dan lain-lain) yang sering kali menyebabkan terjadinya kala 1 memanjang, dalam menghadapi masalah tersebut keadaan ibu, harus diawasi dengan seksama (Tuti, 2012).

pada kasus Ny”I” didapatkan masalah yang terjadi pada ibu adalah kala 1 memanjang. Hal ini ditandai dengan pembukaan serviks yang tidak mengalami perubahan pada saat pemeriksaan dalam, pada jam 21.00 wita pembukaan serviks 9 cm dengan penurunan kepala janin Hodge III 2/5, dan pemeriksaan dalam selanjutnya pada jam 22.00 wita pembukaan serviks tetap yaitu 9 cm dan penurunan janin 2/5,

Sesuai dengan teori dikatakan kala 1 memanjang jika pembukaan servik pada nullipara adalah kurang dari 1,2 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 1 cm per jam, untuk multi para pembukaan serviks kurang dari 1,5 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 2 cm per jam (Sarwono, 2011).

d. Langkah IV

Tindakan ini dilakukan jika ditemukan adanya diagnosa potensial dan atau masalah emergency sehingga membutuhkan tindakan segera atau tindakan kolaborasi.

Menurut teori, jika mengalami komplikasi diluar wewenang bidan maka tindakan segera yang harus dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter atau merujuk ke tempat pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas lengkap (Anik, 2012).

Pada kasus Ny”I” didapatkan perlunya kolaborasi dengan dokter untuk mengantisipasi komplikasi-komplikasi yang akan terjadi terhadap ibu, oleh karena itu bidan memberikan surat rujukan kepada ibu untuk melahirkan di tempat yang memiliki fasilitas lengkap, akan tetapi ibu menolak untuk diberikan rujukan dengan alasan ingin melahirkan ditempat ini saja.

Dalam menentukan sikap lebih lanjut perlu diketahui apakah ketuban sudah pecah atau belum. Apabila ketuban pecah, maka keputusan untuk menyelesaikan persalinan tidak boleh ditunda-tunda lagi, sebaiknya dalam 24 jam setelah ketuban pecah sudah dapat diambil keputusan apakah perlu tindakan seksio sesarea atau persalinan dapat di biarkan berlangsung terus (Sarwono, 2011).

Pada kasus Ny”I” didapatkan bahwa ibu menolak untuk dirujuk dan ingin persalinannya ditolong oleh bidan. Karena itu bidan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian oksitosin 5 U/L dimasukkan

kedalam larutan RL diberikan secara infus intravena dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit dan selanjutnya dinaikkan 4 tetes setiap 30 menit jika tidak ada kemajuan persalinan.

Sesuai dengan teori apabila persalinan dibiarkan berlangsung terus, tindakan segera yang dapat dilakukan yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk pemberian oksitosin 5U/L drip kedalam cairan RL 500cc (Sarwono, 2010). Dan merujuk pada penelitian sebelumnya yang juga menyebutkan bahwa untuk mencegah terjadinya komplikasi, tindakan segera yang dapat dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemberian oksitosin (Dian, 2012).

Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek yang dilakukan dan sesuai dengan fungsi bidan, bidan mempunyai fungsi yang sangat penting dalam asuhan yang mandiri, kolaborasi dan rujukan yang tepat, oleh karena itu bidan dituntut untuk mampu mendeteksi dini tanda dan gejala komplikasi kehamilan dan persalinan sesuai dengan perkembangan pelayanan kebidanan (Hellen, 2006).

e. Langkah V

Jika pada kasus ditemukan adanya masalah potensial maka langkah selanjutnya adalah membuat intervensi sesuai dengan masalah potensial yang terjadi, dengan tujuan agar dapat mengantisipasi masalah yang akan terjadi sehubungan dengan masalah yang akan dialami.

Berdasarkan data pada kasus Ny”I” didapatkan masalah partus macet (Kala 1 memanjang), hal ini ditandai pada saat melakukan

pemeriksaan dalam yaitu pada pukul 21.00 dilakukan VT oleh bidan Sri dan nurwaridha didapatkan pembukaan serviks 9 cm penurunan kepala hodge III, 2/5 dan pada VT selanjutnya jam 22.00 wita didapatkan tidak ada kemajuan persalinan (pembukaan 9 cm, hodge III, 2/5). Oleh karena itu intervensi yang dilakukan yaitu memantau djj, his, nadi, tetesan cairan oksitosin dan pemeriksaan dalam yang bertujuan untuk memantau kemajuan persalinan dan memantau keadaan ibu dan janin.

Sesuai dengan Teori yang menyebutkan bahwa pengelolaan selama persalinan post matur yaitu pemantauan yang baik terhadap ibu dan kesejahteraan janin, serta mengawasi jalannya persalinan, dan perlu disadari bahwa persalinan adalah saat paling berbahaya bagi janin yang post matur, sehingga setiap persalinan kehamilan post matur harus dilakukan pengamatan yang ketat dan sebaiknya dilaksanakan dirumah sakit dengan pelayanan operatif dan perawatan neonatal yang memadai (Sarwono, 2010).

Pada kasus Ny”I” dilakukan intervensi sesuai dengan teori, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

f. Langkah VI

Rencana tindakan dibuat berdasarkan intervensi yang dibuat sebelumnya. Rencana tindakan yang dibuat sesuai dengan teori yaitu melakukan pemantauan his, nadi, djj setiap 30 menit, melakukan

pemeriksaan dalam setiap 2-4 jam atau jika ada indikasi, serta memantau ttv dan suhu ibu setiap 4 jam (Sarwono, 2010).

Pada kasus Ny”I” didapatkan pemantauan his, nadi, djj dilakukan sesuai teori yaitu pemeriksaan VT dilakukan 1 jam setelah VT pertama karena ada indikasi ketuban pecah dan pembukaan 9 cm, pemantauan his pada fase aktif setiap 30 menit, dan tanda-tanda vital ibu setiap jam. Pemantauan his, djj, dan nadi ibu dimulai dari jam 21.30 wita sampai jam 22.00 wita, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, memasang infuse 500 cc + drip oksitosin 5U/L dan selanjutnya memantau kembali his, nadi, djj dan tetesan cairan infus sampai jam 23.30 wita, kemudian melakukan pemeriksaan dalam kembali untuk memastikan pembukaan lengkap dan ibu siap untuk dipimpin untuk mendedan.

Sesuai dengan penelitian (Wijayanti, 2014) yang menyebutkan bahwa pemantauan kemajuan persalinan dilakukan setiap 4 jam pada fase laten dan 2-4 jam pada fase aktif atau jika ada indikasi. Djj dan kontraksi uterus setiap 30 menit, tanda-tanda vital dan suhu ibu dilakukan setiap jam.

g. Langkah VII

Pada kasus Ny”I” didapatkan data inpartu kala 1 fase aktif dengan pembukaan lengkap jam 23.30 wita, ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran, perasaan ingin BAB, dengan his 5x dalam 10 menit durasi 45-50 detik, djj terdengar jelas kuat dan teratur serta tanda-tanda vital dalam batas normal.

Hasil evaluasi didapatkan bahwa pembukaan sudah lengkap terjadi pada jam 23.30 wita, perlangsungan kala 1 berlangsung normal tidak mengalami gangguan ataupun penyulit, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

h. Pendokumentasian SOAP

Pendokumentasian SOAP terdiri dari S (subjektif), menggambarkan pendokumentasian yang pengumpulan data dari pasien sesuai dengan kasus Ny”I” didapatkan bahwa ibu masuk tanggal 23 Mei 2016 jam 21.00 wita mengeluh nyeri perut tembus belakang disertai pelepasan lendir dan darah pada tanggal 22 Mei 2016 jam 09.00 wita bersifat hilang timbul dan ada pengeluaran cairan keruh berwarna hijau dirumah sejak tanggal 23 Mei 2016 jam 20.30 wita.

Ibu mengatakan hamil pertama dan tidak pernah keguguran sebelumnya, menurut ibu usia kehamilannya sudah lewat bulan, janin bergerak pertama kali dirasakan saat usia kehamilan ibu masih \pm 6 bulan dan pergerakan janinnya kuat terutama pada bagian kanan perut ibu.

O (objektif), menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang lainnya yang dirumuskan untuk mendukung didapatkannya diagnosis .

Berdasarkan pada kasus Ny”I” didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis,ttv dalam batas normal, pada pemeriksaan fisik terfokus, ibu tidak mengalami anemia. Hasil pemeriksaan abdomen

didapatkan tamapak adanta stiae livid, dan linea nigra, tonus perut ibu tegang, tidak ada luka bekas operasi .

Pada hasil palpasi didapatkan TFU 3jrbpx, 37 cm, teraba bokong, punggung kiri, kepala, BDP dengan perlimaan 2/5, keadaan janin baik dimana djf dalam batas normal, pemantauan his didapatkan 3 x dalam 10 menit durasi 35-40 detik. Dan hasil pemeriksaan dalam tanggal 23 Mei 2016 jam 21.00 wita didapatkan pembukaan 9 cm, presentase uuk kiri depan hodgeIII.

A (Assesment), menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan data objektif,

Berdasarkan data pada kasus Ny”I” assessment yang ditegaskan yaitu GI P0 A0, umur kehamilan 43 minggu 6 hari, letak memanjang, intrauterin, tunggal, hidup, keadaan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif dengan persalinan post matur.

P (Planning), Menggambarkan pendokumentasian untuk tindakan (implementasi) dan evaluasi perencanaan berdasar assessment yang didapatkan. Berdasarkan kasus Ny”I” telah dilakukan implementasi sesuai dengan teori dengan hasil evaluasi inpartu kala 1 fase aktif dengan pembukaan 10 cm pada jam 23.30 wita, ibu mempunyai dorongan untuk meneran, terasa ingin BAB, dengan his 5 x dalam 10 menit dengan durasi 45-50 detik, ttv dalam batas normal, pada pemantauan djf terjadi peningkatan sampai dengan 159 x/i, akan tetapi djf kembali normal pada pemantauan selama 2 x 30 menit sampai pembukaan lengkap.

B. KALA II

a. Langkah 1

Pengkajian adalah mengumpulkan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan keadaan pasien. Dan untuk memperoleh informasi tersebut dilakukan melalui anamnesis.

Data pada kasus Ny”I” didapatkan data subjektif ibu merasakan ada dorongan untuk meneran, sakit perut tembus belakang semakin kuat, ada perasaan ingin BAB. Sedangkan data objektif yang didapatkan perineum menonjol, vulva dan anus membuka, kontraksi uterus 5 x dalam 10 menit durasi 45-50 detik, djj dalam batas normal, pemeriksaan dalam tanggal 23 Mei 2016 jam 23.30 wita dengan pembukaan lengkap, uuk depan, hodge IV, molase tidak ada.

Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan tanda-tanda gejala kala II yaitu ibu merasa ingin meneran, ibu merasa ingin untuk BAB karena adanya tekanan pada rectum dan/atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, (Sarwono, 2011). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

b. Langkah II

Langkah selanjutnya adalah menginterpretasikan data dari hasil pengkajian yang sudah ada yang akhirnya ditegakkan diagnosa dalam ruang lingkup praktek kebidanan.

Sesuai dengan teori bahwa indikasi kala II ditegakkan jika didapatkan tanda gejala kala II yaitu ibu ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi, ibu merakan adanya peningkatan tekanan pada rectum sehingga ibu merasa ingin BAB, perineum menonjol, vulva dan vagina membukan, pembukaan serviks telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala janin melalui introitus vagina (Chapman, 2006). Dan menurut (Varney, 2002) menyebutkan tanda diagnosa pasti kala 2 yaitu: telah terjadi pembukaan lengkap dan tampak bagian kepala janin membuka introitus vagina

Pada kasus Ny”I” didapatkan tanda gejala kala 2 yaitu ibu mengatakan sakit perut semakin kuat, ibu ingin bab, perineum menonjol, vulva dan anus membuka, kontraksi uterus 5 x dalam 10 menit durasi 45-50 detik, djj dalam batas normal, pembukaan serviks lengkap. Oleh karena itu berdasarkan data dan teori yang didapatkan, ibu didiagnosis perlangsungan kala 2, hal ini membuktikan bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktek yang dilakukan.

c. Langkah III

Mengidentifikasi diagnosa potensial berdasarkan diagnosis yang ditegakkan sebelumnya, dalam hal ini antisipasi kemungkinan masalah yang akan terjadi.

Dalam penelitian sebelumnya menyebutkan Masalah potensial yang mungkin terjadi pada ibu post matur adalah kala II

lama, dan ruptur uteri, sedangkan pada bayi masalah yang mungkin terjadi adalah asfiksia mekonium (Wijayanti, 2014).

Persalinan yang lama dapat mengakibatkan tidak seimbangnya cairan elektrolit serta kekurangan cadangan glukosa sehingga mengakibatkan kelelahan. Kondisi kelelahan akan mengakibatkan kontraksi uterus kurang adekuat sehingga mengakibatkan persalinan lama (Joseph, 2010).

Pada kasus Ny”I” didapatkan tidak ada data yang menunjukkan bahwa terjadi kala 2 lama, hal ini ditandai dengan kala 2 berlangsung selama 30 menit, kontraksi uterus baik teraba keras dan bundar.

Dalam Teori (Oxorn, 2010) menyebutkan bahwa Kala II dikatakan memanjang jika, pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mencedan, tetapi tidak ada kemajuan persalinan selama lebih dari 2 jam. Dan dikatakan kala II normal jika persalinan berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Adanya bagian terendah janin pada jalan lahir tampak pada perineum yang menonjol sehingga terjadi peregangan otot yang dapat mengakibatkan ruptur tidak adekuat selain itu perineum yang kaku dapat menjadi penyebab ruptur perineum.

Asfiksia mekonium terjadi jika janin mengalami stress selama proses persalinan berlangsung dan sering terjadi pada bayi post matur. Selama persalinan berlangsung, bayi bisa mengalami kekurangan

oksigen, hal ini menyebabkan meningkatnya gerakan usus dan pengedoran otot anus, sehingga menyebabkan mekonium dikeluarkan kedalam cairan ketuban, jika bayi masih berada di dalam rahim dan bayi menghirup nafasnya yang pertama maka campuran air ketuban dan mekonium tersebut terhirup kedalam paru-paru.

Pada kasus ny[”]I didapatkan bayi lahir asfiksia mekonium ditandai dengan bayi lahir tidak segera menangis, kulit kekuningan pucat, ada usaha untuk bernafas dan gerakan nya tampir tidak ada.

Berdasarkan penelitian sebelumnya menyebutkan risiko yang terjadi pada bayi post matur/serotinus adalah sebagian kecil bayi post matur kecil, kurang gizi, dan asfiksia sebagai akibat dari penurunan fungsi respirasi dan nutrisi plasenta yang bertambah umurnya (Endah, 2014). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Mulia dan Sulistyaningsih, 2013) ada hubungan yang signifikan kehamilan post matur dengan kejadian asfiksia ,dimana besar resiko nya lebih besar terjadi asfiksia pada bayi dengan persalinan post matur dibandingkan dengan persalinan aterm .

Merujuk pada penelitian (Berawi, dkk, 2013) yang meneliti tentang hubungan kehamilan lewat waktu dengan kejadian asfiksia neonatus, dari 961 sampel yang ada diperoleh hasil bahwa asfiksia yang terjadi sangat erat hubungannya dengan kehamilan lewat bulan. Dimana semakin tua usia kehamilan ibu maka akan lebih besar menyebabkan hipoksia/asfiksia pada janin. Hal tersebut disebabkan

karna berkurangnya jumlah air ketuban dan menurunnya fungsi plasenta.

d. Langkah IV

Teori menyebutkan bahwa jika mengalami komplikasi diluar wewenang bidan maka tindakan segera yang harus dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter atau merujuk ke tempat pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas yang lengkap (Maryunani, 2012).

Pada kasus pada Ny^{”I”} didapatkan tidak ada indikasi untuk dilakukannya tindakan segera atau kolaborasi, hal ini di tandai dengan kondisi ibu baik, ttv dalam batas normal, djg dalam batas normal, dan pembukaan serviks sudah lengkap.

Hal ini sesuai juga dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa system rujukan dapat tercapai apabila dilakukan rujukan terencana yaitu rujukan secara dini dan tepat waktu, dan suatu tindakan segera diperlukan untuk menangani komplikasi obstetric sehingga kesakitan dan kematian dapat dihindari dan dicegah.

Bidan mempunyai fungsi yang sangat penting dalam asuhan yang mandiri, kolaborasi dan rujukan yang tepat, oleh karena itu bidan dituntut untuk mampu mendeteksi dini tanda dan gejala komplikasi kehamilan dan persalinan sesuai dengan perkembangan pelayanan kebidanan (Hellen, 2006).

e. Langkah V

Pada persalinan normal intervensi yang dilakukan adalah pemantauan partograf, observasi dan memberikan motivasi dan dukungan emosional kepada ibu.

Sesuai dengan teori yang ada, intervensi yang dilakukan untuk persalinan normal adalah lihat tanda gejala kala II, siapkan peralatan pertolongan persalinan, pastikan pembukaan lengkap, periksa keadaan janin, siapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses persalinan, letakkan handuk bersih diatas perut ibu dan dibawah bokong ibu, pimpin persalinan jika kepala sudah terlihat 5-6 cm membuka vulva, periksa lilitan tali pusat, tunggu kepala sampai melakukan putaran paksi luar, kemudia lanjut melahirkan bahu depan dan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, dilanjutkan dengan sanggah susur untuk melahirkan badan bayi, setelah bayi lahir letakkan bayi diatas perut ibu kemudian keringkan (Asri, 2014)

Pada kasus Ny”I” didapatkan intervensi sesuai dengan teori yang ada, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktek yang dilakukan

f. Langkah VI

Rencana asuhan dilakukan pada kasus Ny”I” sesuai dengan intervensi, berdasarkan data yang didapatkan pada kasus tersebut bahwa pembukaan lengkap jam 23.30 wita, Hodge IV, presentase kepala, uuk depan, pelepasan lendir dan darah bercampur air ketuban.

Semua alat dan obat-obatan telah disiapkan dan memimpin persalinan dilakukan pada jam 23.30 wita sampai 30 menit kemudian dan tepatnya pada tanggal 24 Mei 2016 jam 00.05 wita bayi lahir tidak segera menangis, kulit kekuningan, pucat, ada usaha untuk bernafas, dan gerakannya hampir tidak ada.

Berdasarkan tinjauan manajemen asuhan kebidanan bahwa melaksanakan rencana tindakan harus efisien dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dikerjakan sesuai dengan teori yang ada, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

g. Langkah VII

Pada kasus Ny”T” kala II berlangsung dengan normal yaitu 30 menit dan bayi lahir spontan dengan asfiksia sedang, nilai apgar score 4/6 pada tanggal 24 Mei 2016 jam 00.05 wita dengan berat badan lahir 3500 gram, panjang badan 46 cm, jenis kelamin laki-laki, kontraksi uterus teraba keras dan bundar, tfu setinggi pusat.

Sesuai dengan teori yang menyebutkan kala 2 normal jika prosesnya berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Oxorn, 2010). Dan menurut (Dewi, 2012) asfiksia sedang ditandai dengan frekuensi jantung 60-80 kali per menit, usaha napas lambat, tonus otot biasanya dalam keadaan baik, bayi masih bereaksi terhadap rangsangan, bayi tampak sianosis. Hal ini

menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

h. Pendokumentasian SOAP

Pendokumentasian SOAP terdiri dari S (Subjektif), yang menggambarkan tentang pendokumentasian pengumpulan data pasien melalui anamnesis, berdasarkan data pada kasus Ny”I” didapatkan bahwa ibu merasa ada dorongan untuk meneran, terasa sakit perut tembus belakang semakin kuat, dan perasaan ingin BAB.

O (Objektif), menggambarkan tentang pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya, dan pada kasus Ny”I” didapatkan kontraksi uterus 5x dalam 10 menit durasi 45-50 detik, djj dalam batas normal, tampak perineum menonjol, vulva dan vagina membuka, pemeriksaan dalam pembukaan lengkap, hodge IV, presentase uuk depan.

A(Assesment), pendokumentasian dari hasil analisis data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi satu diagnose/masalah, antisipasi masalah potensial, dan perlunya tindakan segera. Berdasarkan kasus Ny”I” didapatkan assesmenta perlangsungan kala II tidak ada data yang menunjukkan terjadi masalah potensial dan tidak ada data yang menunjang untuk dilakukan nya tindakan segera dan tindakan kolaborasi.

P (Planning), pendokumentasian tindakan asuhan atau implementasi dan evaluasi dari tindakan asuhan yang diberikan berdasarkan assessment yang ditegakkan.

Pada kasus Ny”I” tindakan asuhan yang dilakukan sesuai dengan teori yang ada dan mendapatkan hasil evaluasi kala II berlangsung dengan normal yaitu bayi lahir spontan, tidak segera menangis pada tanggal 24 Mei 2016 jam 00.05 wita dengan berat badan lahir 3500 gram, panjang badan 46 cm, jenis kelamin laki-laki, kontraksi uterus teraba keras dan bundar, tfu setinggi pusat, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

C. KALA III

a. Langkah 1

Teori menyebutkan tanda-tanda terlepasnya plasenta yaitu: Kontraksi uterus baik, tinggi fundus setinggi pusat, tali pusat bertambah panjang, dan adanya semburan darah secara tiba-tiba.

Pada studi kasus Ny” I” didapatkan data bahwa ibu merasakan nyeri perut bagian bawah, dari data objektif di dapatkan tampak ada semburan darah secara tiba-tibaa, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar), tinggi fundus uteri setinggi pusat dan tali pusat bertambah panjang. Hal ini menandakan bahwa data yang didapatkan sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

Ada beberapa prasat untuk mengetahui plasenta terlepas yaitu:

Prasat Kustner, perasat ini mengatakan bahwa untuk memastikan plasenta terlepas maka dilakukan dengan cara meletakkan tangan disertai penekanan diatas simfisis, bila tali pusat tersebut masuk kembali (tali pusat memendek), berarti plasenta belum terlepas dan jika panjang tali pusat masih sama berarti plasenta sudah lepas,

Prasat Strassman, mengatakan bahwa untuk mengetahui plasenta terlepas dengan cara meregangkan atau menarik sedikit tali pusat dengan menggunakan tangan kanan, dan tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri dan merasakan apakah ada getaran yang ditimbulkan dari gerakan tangan kiri, jika terasa ada getaran berarti plasenta sudah terlepas, Prasat Klien, untuk melakukan perasat ini, minta pasien untuk meneran, jika tali pusat tampak turun atau bertambah panjang berarti plasenta telah lepas. Dan terakhir prasat Manuaba, prasat ini dilakukan dengan cara tangan kiri memegang uterus pada segmen bawah rahim, sedangkan tangan kanan memegang dan mengencangkan tali pusat, kedua tangan ditarik berlawanan. Jika tarikan tersa ringan dan tali pusat memanjang berarti plasenta telah lepas (Latifa, 2014).

b. Langkah 2

Berdasarkan data yang subjektif dan data objektif yang didapatkan pada kasus ini, Ny”I” didiagnosis perlangsungan kala III.

Sesuai dengan teori (varney. 2007) yang menyebutkan bahwa kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau biasa disebut kala uri (pengeluaran). Lama kala III berlangsung antara 6- 15 menit, akan tetapi normal kala III berlangsung sampai 30 menit

c. Langkah III

Berdasarkan data yang didapatkan pada kasus Ny “I” tidak ada indikasi atau masalah potensial yang dapat di tegakkan. Dan ditinjau dari teori berdasarkan data yang didapatkan menunjukkan bahwa proses pengeluaran plasenta berlangsung normal dan tidak ada penyulit.

d. Langkah IV

Berdasarkan data yang didapatkan pada kasus Ny” I” tidak ada data yang menunjang untuk dilakukannya tindakan segera ataupun kolaborasi. Ditinjau dari teori berdasarkan data yang didapatkan menunjukkan bahwa proses pengeluaran plasenta dapat berlangsung normal.

e. Langkah V

Menurut teori Pemberian oksitosin dilakukan dalam satu menit pertama setelah bayi lahir, namun sebelum pemberian oksitosin hal yang harus diperhatikan adalah memastikan tidak ada bayi lain

didalam uterus. Setelah itu suntikkan oksitosin secara IM pada sepertiga bagian atas paha bagian luar yang bertujuan untuk membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah (Nuraisah. 2014).

Pada kasus Ny "I" tindakan yang dilakukan selanjutnya adalah dilakukan intervensi yang sesuai yaitu melakukan pemberian oksitosin, peregangan tali pusat dan masase uterus. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan intervensi yang dilakukan sesuai dengan teori yang ada, dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

f. Langkah VI

Pada Ny "I" dilakukan implementasi berdasarkan dengan teori yang ada yaitu melakukan pemberian oksitosin secara IM, kemudian melakukan peregangan tali pusat terkendali untuk melahirkan plasenta, dan selanjutnya setelah plasenta lahir dilakukan masase uterus. Proses pelepasan dan penegluaran plasenta terjadi secara normal dan tidak ada penyulit, dimana plasenta lahir 10 menit setelah bayi lahir yaitu jam 00.15 wita, dengan plasenta lahir lengkap dan perdarahan kurang lebih 150 cc.

g. Langkah VII

Dari implementasi yang telah dilakukan pada kasus Ny "I" didapatkan hasil pemeriksaan keadaan ibu dalam keadaan normal ditandai dengan ttv dalam batas normal, kontraksi uterus baik ditandai

dengan uterus teraba keras bulat dan bundar, tinggi fundus uteri setinggi pusat, sehingga dapat disimpulkan bahwa kala III berlangsung normal, serta tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

h. Pendokumentasian SOAP

Pendokumentasian SOAP terdiri dari S (subjektif), pendokumentasian hasil pengumpulan data pasien melalui anamnesis, pada kasus Ny”I” didapatkan bahwa ibu merasakan nyeri perut bagian bawah.

O (Objektif), pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik pasien dan pemeriksaan penunjang lainnya yang mendukung dalam data fokus untuk mendukung ditegakkannya assessment, pada kasus Ny”I” didapatkan hasil pemeriksaan tampak ada semburan darah secara tiba-tiba, kontraksi uterus baik teraba keras dan bundar, tinggi fundus uteri setinggi pusat, dan tali pusat bertambah panjang.

A (Assesment), pendokumentasian hasil analisis data subjektif dan data objektif dalam satu identifikasi diagnosa/masalah, antisipasi terjadinya masalah potensial, dan perlunya tindakan segera, pada kasus Ny”I” didapatkan assessment perlangsungan kala III.

P (Planning), pendokumentasian dari hasil tindakan asuhan yang diberikan dan evaluasi dari hasil tindakan yang dilakukan. Pada kasus Ny”I” telah dilakukan tindakan asuhan sesuai dengan teori yang ada, dan hasil evaluasi didapatkan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, plasenta lahir lengkap jam 00.15 wita, kontraksi uterus baik,

teraba keras dan bundar, TFU 1 jari dibawah pusat, dengan perdarahan ± 150 cc.

D. Kala IV

a. Langkah I

Berdasarkan teori pada kala IV hal-hal yang harus diperhatikan yaitu kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam, plasenta dan selaput ketuban lengkap, kandung kemih harus kosong, dan luka diperineum harus dirawat serta melihat keadaan umum ibu dan bayi (Dewi, 2012).

Pada kasus Ny”I” didapatkan data subjektif ibu lelah setelah persalinan dan data objektif kontraksi uterus baik teraba keras dan bundar, TFU setinggi pusat, plasenta lahir lengkap ttv dalam batas normal,

berdasarkan teori yang ada dan data pada kasus yang ada menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktek yang dilakukan.

b. Langkah II

Berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan pada kasus Ny”I” maka diagnosis yang ditegakkan adalah perlangsungan kala IV, hal ini sesuai dengan teori bahwa plasenta lahir lengkap jam 00.15 wita dan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal.

c. Langkah III

Pada kasus Ny”I” masalah potensial yang dapat terjadi adalah perdarahan post partum.

Menurut teori (dewi, 2012) kala IV merupakan kala pengawasan selama 2 jam post partum, karena kala ini sangat rentan terjadi perdarahan post partum, perdarahan biasanya terjadi karena lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan setelah bayi dan plasenta lahir, selain itu adanya ruptur di jalan lahir, dan tidak normalnya proses pembekuan darah juga salah satu penyebab perdarahan post partum

Hal ini juga sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa perdarahan post partum adalah suatu kejadian mendadak dan tidak dapat diramalkan. Bukti-bukti (evidence based) saat ini menunjukkan bahwa jika petugas kesehatan yang terlatih ada, peralatan tersedia dan keamanan menyuntik terjamin dan melakukan pengelolaan aktif kala III akan mengurangi perdarahan post partum (Susiloningtyas dan Purwanti, 2012).

d. Langkah IV

Berdasarkan diagnosis yang ditegakkan tidak ada data yang menunjang untuk dilakukan tindakan segera dan atau tindakan kolaborasi, hal ini sesuai dengan teori berdasarkan data yang didapatkan bahwa kala III berlangsung normal, kontraksi uterus baik, serta tanda-tanda vital dalam batas normal.

e. Langkah V

Pada kasus Ny”I” intervensi yang dilakukan pada kala ini yaitu memantau tanda-tanda vital ibu, pemantauan perdarahan, kontraksi uterus, kandung kemih dan tinggi fundus uteri. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit dijam kedua, serta mengukur suhu tubuh ibu, setelah pemantauan kala IV selesai, ibu di pindahkan ke ruangan nifas.

Teori menyebutkan sebagian besar kematian ibu pada periode pasca persalinan terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan, kematian itu disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklamsia. Oleh karena itu, pemantauan selama 2 jam pertama post partum sangat penting (Nurasiah. 2014).

f. Langkah VI

Setelah intervensi, langkah selanjutnya yang dilakukan adalah implementasi sesuai dengan teori. Berdasarkan data yang didapatkan pada kasus Ny”I” implementasi yang dilakukan yaitu :memantau tanda-tanda vital ibu selama 4 kali 15 menit yaitu dimulai jam 00.30 wita sampai 01.15 wita didapatkan tekanan darah ibu dalam batas normal, kontraksi uterus baik teraba bundar dan keras, kandung kemih kosong serta perdarahan $\pm 20-30$ cc, selanjutnya melakukan pemantauan 2 kali 30 menit yaitu pada jam 01.45 wita sampai 02.15 wita didapatkan tekanan darah dalam batas normal, kontraksi uterus

baik, tinggi fundus 1 jari bawah pusat, kandung kemih kosong serta perdarahan $\pm 15-20$ cc.

Keadaan bayi baik dengan pernapasan serta suhu dalam batas normal, serta mendokumentasikan hasil pemantauan ke dalam partograf. Selanjutnya memindahkan ibu ke ruang nifas. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi dilakukan sesuai dengan teori yang ada sehingga dapat disimpulkan bahwa antara teori dan kasus tidak ada kesenjangan.

g. Langkah VII

Pada kasus Ny'I' didapatkan bahwa kontraksi uterus baik, teraba keras dan bundar, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, jumlah perdarahan ± 150 cc, hasil evaluasi tersebut menunjukkan bahwa Kala IV berlangsung normal dan tidak ada penyulit serta tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

h. Pendokumentasian

Pendokumentasian SOAP terdiri dari subjektif, data subjektif menggambarkan pendokumentasian dengan cara pengumpulan data dari pasien melalui anamnesis. Berdasarkan pada kasus Ny'I' didapatkan bahwa ibu merasa kelelahan setelah persalinan.

Objektif, menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya, didapatkan data kala III berlangsung normal berlangsung ± 10 menit, plasenta lahir lengkap, kontraksi uterus baik teraba keras dan bundar,

tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat dengan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal.

Assesment, menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subketif dan data objektif untuk menentukan diagnosis/masalah yang terjadi, antisipasi diagnosis/masalah potensial, dan perlunya tindakan segera atau kolaborasi. Berdasarkan data pada kasus Ny”I” maka assesment yang ditegakkan adalah perlangsungan kala IV.

Planning, menggambarkan pendokumentasian tentang rencana tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment yang dibuat sebelumnya. Berdasarkan implementasi yang dilakukan sesuai dengan teori maka hasil evaluasi yaitu ibu dalam kondisi baik, ditandai dengan ttv dalam batas normal.

BAB V

PENUTUP

Setelah melakukan studi kasus pada Ny”I” dengan persalinan post matur serta menghubungkan dengan teori dan konsep asuhan kebidanan intranatal maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran yaitu:

A. Kesimpulan

1. Telah dilakukan pengkajian dan analisis data dasar pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016. Pada kasus Ny”I” didapatkan data dasar dengan usia kehamilan ± 42 minggu dan adanya pengeluaran air ketuban yang bercampur mekonium.
2. Telah dilakukan pengidentifikasian diagnosa/masalah actual pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016: Ny”I” masuk dengan tanda dan gejala inpartu pada usia kehamilan ± 42 minggu.
3. Telah dilakukan pengidentifikasian diagnosa/masalah potensial pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016: di antisipasi terjadinya gawat janin, kala 1 memanjang, partus lama, asfiksia mekonium, perdarahan post partum
4. Telah dilakukan tindakan segera dan kolaborasi pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016. Kolaborasi dilakukan untuk mencegah infeksi dan mempercepat

persalinan, tidak ada indikasi untuk pelaksanaan tindakan segera karena tidak ada yang mengancam nyawa ibu.

5. Telah dilakukan penyusunan rencana tindakan asuhan (intervensi) pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016: penilaian kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin.
6. Telah dilakukan tindakan asuhan kebidanan pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016. Pelaksanaan sesuai dengan intervensi dengan Bayi lahir normal setelah dipimpin selama 30 menit, dengan asfiksia ringan, A/S: 4/6.
7. Telah dilakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016. Kondisi ibu baik, tidak terjadi perdarahan, bayi mengalami asfiksia ringan dengan apgar score 4/6.
8. Telah dilakukan pendokumentasian semua temuan dan tindakan asuhan kebidanan pada Ny”I” dengan persalinan post matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016: semua hasil pemeriksaan dan penatalaksanaan asuhan dituliskan secara lengkap direkam medik pasien.

B. Implikasi penelitian

Melihat besarnya efek yang ditimbulkan dengan adanya masalah persalinan post matur yang akan berdampak pada buruknya keadaan ibu dan janin, maka perlu di berikan tindakan yang tepat dan segera untuk mengantisipasi masalah tersebut. Oleh karena itu, adapun saran dari penulis sebagai berikut:

1. Untuk mencegah terjadinya masalah persalinan dengan post matur maka perlu peningkatan kualitas pelayanan ANC dan pertolongan yang cepat dan tepat, sehingga dapat segera di antisipasi kemungkinan masalah lain yang dapat terjadi.
2. Untuk mencapai suatu keberhasilan dalam melaksanakan asuhan kebidanan diperlukan kerja sama yang baik dengan pasien, keluarga pasien, dokter serta bidan yang terlibat dalam penanganan kasus klien
3. Seorang bidan harus dapat menilai dan mengetahui penyulit-penyulit yang dapat terjadi pada persalinan serta memberikan tindakan yang efektif dan efisien.



DAFTAR PUSTAKA

- Asri H dewi,dan Clevo P Cristine, *Asuhan persalinan Normal* ,Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.
- Asrinah,dkk. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2010.
- Berawi M, Brillianningtyas L, Carolia N. *The Relationship of Postterm Pregnanciesd and Premature Infants With Neonatal Asphyxia*. <http://jke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/294/292>. (7 Oktober 2016).
- Chapman, Vicky. *Asuhan Kebidanan persalinan dan kelahiran, Cetakan pertama*, Jakarta: Buku Asuhan Kedokteran EGC. 2006.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Republik Indonesia*. 2010.
- Dewi Ratna Pudiastuti. *Asuhan Kebidanan Pada Hamil Normal dan Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.
- Fadlun dan Achmad feriyanto. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba medika. 2013.
- Indrayani dan Moudy Emma Unaria. *asuhan persalinan dan bayi baru lahir*. Jakarta: Trans Info Media. 2013.
- Joseph, H.K dan Nugroho. M. *Catatan Kuliah Ginekologi dan Obstetri (obgyn)*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2010.
- Kuswanti,Ina dan Fitria Melina. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2014.
- Laelatul badriah dewi.dkk, *Asuhan persalinan normal bagi bidan*,Bandung:PT Refika Aditama. 2014
- Lailiyana Rohani. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan* . Jakarta:EGC. 2011.
- Latifa Elisabeth M.F. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta:IN MEDIA. 2013.

- Mandriwati, G.A. *Asuhan Kebidanan Antenatal penuntun belajar*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. 2009.
- Manuaba, chandranita, dkk. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC. 2010.
- Manuaba, C. *Gawat Darurat Obstetri-Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan*. Jakarta: EGC. 2008.
- Maryunani, Anik. *Asuhan kegawatdaruratan dalam Kebidanan*. Jakarta: TIM. 2012.
- Mulia Ussy Putri, Sulistyaningsih. *Hubungan Kehamilan Post Term Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta Tahun 2013*. http://opac.unisayogya.ac.id/1279/1/USSY%20PUTRI%20MULIA_201310104209_NASKAH%20PUBLIKASI.pdf. (10 Oktober 2016).
- M. Quraish, Shihab. *Tafsir Al-Misbah dan Terjemahannya*. 2009..
- Nugraheny, Esti, S.ST. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Rihani. 2010.
- Nugroho, taufan. *Obgyn Obstetri dan Ginekologi untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.
- Oktriani Tuti, *Jurnal Kesehatan Vol. 4 No. 1, Januari 2013 STIKes Prima Nusantara Bukittinggi*, <http://ejurnal.stikesprimanusantara.ac.id/index.php/JKS1/article/view/38> Home > Vol 4, No 1 (2013) > Oktriani. (7 Oktober 2016).
- Oxorn Harry, William R. Forte. *Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi persalinan*. Yogyakarta: Penerbit Andi. 2010.
- Pemerintah Kota Makassar Dinas Kesehatan. *"Profil Kesehatan Kota Makassar tahun 2012"*. 2013.
- Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2000.
- Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2014.

Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka. 2010 Baru Press. 2015.

Rohani, dkk. *Asuhan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba. 2011.

Rukiyah, Yeye Ai dan Lia Yulianti. *Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media. 2010.

Saifuddin, Abdul Bari. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sawono Prawirohardjo. 2011.

Simatupang Erna Juliana. *Manajemen Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: EGC. 2008.

Sujiyantini, dkk. *Asuhan Patologi Kebidanan Plus Contoh Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2009.

Sulistiyowati, Endah. *Perbandingan Antara Nilai Apgar Pada Bayi Prematur Dengan Bayi Postmatur Di Rsud Temanggung Tahun 2013*, <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=380394&val=8457&title=Perbandingan%20antara%20Nilai%20APGAR%20pada%20Bayi%20Prematur%20dengan%20Bayi%20Postmatur%20di%20RSUD%20Temanggung%20Tahun%202013>. (7 Oktober 2016).

Susiloningtyas Is dan Yanik Purwanti. *Kajian Pengaruh Manajemen Aktif Kala III Terhadap Pencegahan Perdarahan Postpartum*. <http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/majalahilmiahsultanagung/article/view/73/67> . (11 Oktober 2016).

Varney, Hellen. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC. 2006.

Varney, Hellen. Dkk. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC. 2007.

Varney, Krieb JM, Gegor CL. *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC. 2002.

Walyani Elisabeth S. *Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: PUSTAKABARUPRESS. 2014.

Widyasari, Dian. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. M G1p0a0 Umur 20 Tahun Dengan Induksi Pada Kehamilan Serotinus Di Rsud Dr Moewardi Surakarta Tahun 2012*. <http://stikeskusumahusada.ac.id/digilib/files/disk1/2/01-gdl-dianwidyas-80-1-dianwid-i.pdf>. (7 Oktober 2016).

Wijayanti, Erna Eka. *Hubungan Kehamilan Lewat Waktu dengan Kejadian Asfiksia Bayi Baru lahir DiRSUD dr. R. Koesma Tuban*. <http://lppm.stikesnu.com/wp-content/uploads/2014/02/5-Jurnal-B.-Erna-aileyati-Q-klik.pdf>. (7 Oktober 2016).

Winkjosastro, Hanifa. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2006.

Winkjosastro, Hanifa. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2008.

World Health Organization. *Profil Kesehatan dan Pembangunan Perempuan di Indonesia*. Bakti Husada. 2010.



HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN KTI

Dengan penuh kesadaran, penyusunan yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini benar adalah hasil karya penyusunan sendiri. Jika kemudian hari terbukti bahwa ia adalah duplikat, tiruan, plagiat atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka Karya Tulis Ilmiah ini dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Samata-Gowa, Mei 2017

Penulis

NURWARIDHA
NIM : 70400113014



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

LEMBAR KEGIATAN KONSULTASI

Nama : Nurwaridha


Nim : 70400113014

Judul : Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi dengan
Persalinan Post Matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar
Tahun 2016.

Pembimbing : Firdayanti, S.Si.T., M.Keb.

No.	Konsultasi	Tanggal	Paraf Pembimbing
1.	Konsul I judul Konsul judul	05 Februari 2016 03 Maret 2016	✓
2.	Konsul II judul + ACC	03 Maret 2016	✓
3.	Konsul kasus	26/05/16	✓
4.	Konsul BAB I Test Long - 1. Cara penulisan, spasi 2. Tambahan data AKB	17/06/16	✓
5.	Konsul BAB II dan III 1. Cara penulisan, spasi 2. Tambahan data Askep	21/06/16	✓
6.	Konsul BAB I dan II	22/06/16	✓
7.	Revisi Ujian praktek	24/6	✓

No.	Konsultasi	Tanggal	Paral Pembimbing
1	Konsul kasus BAB II Kadal	15/09/16	✓
	Konsul Kuis - - Pilem. - Partisipasi. - Fungsional - Analisis Kuis II Lupa soal II	27/09/16	✓
	Konsul Bab II literatur tambahan literatur pada pembahasan.	05/10/16	f. d
	tugas dan pembahasan.	06/10/16	✓

No.	Konsultasi	Tanggal	Paraf Pembimbing
	<p> <i>Hasbiy Muzin</i> <i>Ujini KTI</i> </p>	<p>17/10-16.</p>	

No.	Perbaikan	Tanda Tangan
<p>22/11/16</p>	<p> <i>Kuliah Isl. Sprin, Amunik,</i> <i>Gambar</i> </p> <p> <i>Cakra</i> <i>Au</i> </p>	 



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Kampus I : Jl. Sultan Alauddin No. 63 Telp. (0411) 864923. Makassar 90221

Kampus II : Jl. Sultan Alauddin No. 36 (0411) 841879 Fax. (0411) 8221400. Samata-Gowa 92113

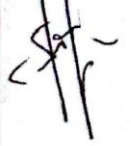
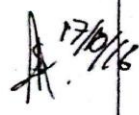
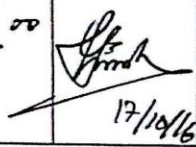
WAKTU PERSETUJUAN UJIAN

NAMA : Nurwaridha

NIM : 70400113008

JUDUL : Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi dengan persalinan Post Matur di Puskesmas Bara-Baraya Makassar tahun 2016.

Pembimbing : Firdayanti, S.Si.T., M.Keb.

No.	Nama Pembimbing/Penguji	Waktu (Hari/Tgl/Jam)	Tanda Tangan
1.	Firdayanti, S.Si.T., M.Keb (Pembimbing)	Rabu, 14.00 wita 19/10/16	
2.	A-Siti Hastuti Handayani S.ST (Penguji I)	Rabu 14.00 wita 19/10/16	
3	Dr. Sohra, M.Ag (Penguji II)	Rabu, 2.00 19/10/16	

BIODATA PENELITI

A. Identitas Peneliti

Nama lengkap : Nurwaridha
NIM : 70400113014
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat/Tgl Lahir : Bulukumba, 22 September 1995
Agama : Islam
Alamat : Jl. Muh. Paleo 2 No.3 Antang
No. Hp : 085342647253
Email : Nur.Waridha@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2001-2007 : SDN 320 Marakiung, Bulukumba, Sul-Sel.
2. Tahun 2007-2010 : SMPN 2 Bontobahari, Bulukumba, Sul-Sel.
3. Tahun 2010-2013 : SMAN 12 Makassar, Makassar, Sul-Sel
4. Tahun 2013-2016 : Jurusan Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Sul-Sel.



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Kampus I : Jl. Sultan Alauddin No. 63 Telp. (0411) 864924 Fax. (0411) 864923 Samata-Gowa
Kampus II : Jl. HM. Yasin Limpo No. 36 Telp. (0411) 841879 Fax. (0411) 8221400 Samata-Gowa

Nomor : FKIK/PP.00.9.3041/2016
Lamp : -
Hal : **Permohonan Izin Pengambilan Data**

Makassar, 31 Mei 2016

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar
di-
Makassar

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Jurusan Kebidanan Semester VI (Enam) Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang tersebut di bawah ini :

Nama : Nurwaridha
NIM : 70400113014
Judul : Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny "X" Dengan Persalinan Post Mature di Puskesmas Bara-Baraya Makassar.

maka kami mohon bantuan Bapak/Ibu agar mahasiswa kami tersebut dapat diberikan izin untuk pengambilan data awal dalam penyelesaian proposal Karya Tulis Ilmiah .

Demikian harapan kami, atas bantuan dan kerjasama baiknya disampaikan terima kasih.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI


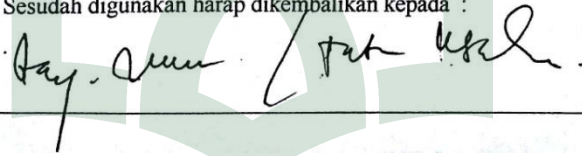
ALAUDDIN
MAKASSAR

Wassalam
An.
Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan

Dr. Mukhtar Lutfi, M.Pd.
NIP. 19440706 199103 1 003

Tembusan:
- Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar (sebagai laporan)

LEMBAR DISPOSISI

Indeks :	Kode :
Tanggal Nomor : 24 Juni 2016 - 67603/PSDK VII 2016	
Asal Surat : BKR	
Isi Ringkas : 1241. Pengambilan surat an - KAWAHANA.	
Diterima Tanggal : 28 Juni 2016	
Nomor Agenda : 249	
Tanggal Penyelesaian : 28 Juni 2016	
Isi Disposisi  Tanda tangan/Paraf	Diteruskan Kepada 1. p. gwid. INC. 2. 3.
Sesudah digunakan harap dikembalikan kepada : 	

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
 MAKASSAR



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR DINAS KESEHATAN



Jl. Teduh Bersinar No. 1 Telp. (0411) 881549 Fax (0411) 887710 Makassar 90221
email: dinkeskotamakassar@yahoo.co.id home page: dinkeskotamakassar.net

Nomor : 440/267/PSDK/VI/2016
Lamp. : -
Hal : Izin Pengambilan Data

Kepda Yth
Ka. Puskesmas Bara-Baraya
Di
Makassar



Sehubungan dengan surat dari UIN ALAUDDIN MAKASSAR No. :
FKIK/PP.00.9/3077A/2016. Tanggal 31 Mei 2016, Perihal tersebut diatas,
maka dengan ini disampaikan kepada saudara bahwa :

NAMA : NURWAIDHA
NIM/PROGRAM : 70400113014 / KEBIDANAN
JUDUL : "MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANAATAL
PADA "X" DENGAN PERSALINAN POST MATURE DI
PUSKESMAS BARA-BARAYA MAKASSAR"

Akan melaksanakan pengambilan Data di wilayah kerja saudara, oleh
karena itu mohon kiranya dapat diberikan bantuan seperlunya.

Demikian di sampaikan atas kerjasamanya di ucapkan terima kasih

Makassar, 24 Juni 2016

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Makassar



Dr. H. N. NAISYAH Z. AZIKIN. M.Kes
Pangkat Pembina Utama Muda
NIP.19601014 198903 2 001

Tembusan:
1. Yang Bersangkutan
2. Arsip



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Kampus II : Jl. H.M. Yasin Limpo No. 36 Samata Sungguminasa-Gowa Telp. (0411) 841879 Fax. (0411) 8221400

Nomor : FKIK/PP.00.91/3024/2016
Lamp :-
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Makassar, 30 Juni 2016

Kepada Yth.
Gubernur Prop. Sulawesi Selatan
Cq. Kepala UPT P2T, BKPM Pro. Sul-Sel.
di-

Jl. Bougenville No. 5 Panakkukang Makassar

Assalamu 'alaikum wr wb

Sehubungan dengan penyelesaian karya tulis ilmiah mahasiswa Program Studi Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberi rekomendasi mahasiswa yang tersebut di bawah ini guna melakukan penelitian:

Nama : Nurwaridha
NIM : 70400113014
Program Studi : Kebidanan
Judul Penelitian : Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi Dengan Persalinan Post Matur di Puskesmas Bara-Baraya Tahun 2016.

Dosen Pembimbing : Firdayanti, S.SiT., M.Keb.

Demikian harapan kami, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Wassalam
an, Dekan,
Dekan Bidang Akademik



Dr. Nur Hidayah, S. Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 19810405 200604 2 003

Tembusan :
1. Dekan FKIK UIN Alauddin Makassar (sebagai laporan).
2. Masing-masing Pembimbing
3. Mahasiswa yang bersangkutan.
4. Arsip.



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
UNIT PELAKSANA TEKNIS - PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
(UPT - P2T)

Nomor : 9617/S.01.P/P2T/07/2016
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Walikota Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar Nomor : FKIK/PP.0.9/3820A/2016 tanggal 30 Juni 2016 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : NURWARIDHA
Nomor Pokok : 70400113014
Program Studi : Kebidanan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(D3)
Alamat : Jl. H. M. Yasin Limpo No. 36, Gowa

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Laporan, dengan judul :

" MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PATOLOGI DENGAN PERSALINAN POST MATUR DI PUSKESMAS BARA BARAYA TAHUN 2016 "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 15 Juli s/d 12 Agustus 2016

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diberitkkan di Makassar
Pada tanggal : 13 Juli 2016

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth
1. Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar;
2. Penerima

SRAP BOPMD 13-07-2016



Jl. Bougainville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://p2t.bkopmd.sulawesiv.go.id> Email : p2t_provinsi@ yahoo.com
Makassar 90222





**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867
Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 19 Juli 2016

K e p a d a

**Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR**

**DI -
MAKASSAR**

Nomor : 070 / 2993 -II/BKBP/VII/2016
Sifat :
Perihal : Izin Penelitian

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 9617/S.01.P/P2T/07/2016, Tanggal 13 Juli 2016, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : **NURWARIDHA**
NIM / Jurusan : 70400113014 / Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa (D3) UIN Alauddin
Alamat : JL. H.M. Yasin Limpo No.36, Gowa
Judul : **"MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL
PATOLOGI DENGAN PERSALINAN POST MATUR DI
PUSKESMAS BARA-BARAYA TAHUN 2016"**

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Karya Tulis Ilmiah* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 15 Juli s/d 12 Agustus 2016.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat menyetujui dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n. WALIKOTA MAKASSAR
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
Dd. KABID. HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA

Drs. AKHMAD NAMSUM, MM.

Pangkat : Penata Tk. I

NIP : 196705242006041004

Tembusan :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prop. Sul Sel di Makassar;
3. Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin di Makassar;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Arsip



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR DINAS KESEHATAN



Jl. Teduh Bersinar No. 1 Telp. (0411) 881549 Fax (0411) 887710 Makassar 90221
email: dinkeskotamakassar@yahoo.co.id home page: dinkeskotamakassar.net

Nomor : 440/1181/PSDK/VII/2016
Lamp. :
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth.

Ka. Puskesmas Bara-Baraya

DI

Makassar

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Kesatuan Politik No: 070/2993-II/BKBP/VI/2016, Tanggal, 14 Juli 2016, perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : NURWARIDHA
NIP / Jurusan : 70400113014 / KEBIDANAN
Instansi : MAHASISWA (D3) UIN ALAUDDIN
Judul : "MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTERNATAL PATOLOGI DENGAN PERSALINAN POST MATUR DI PUSKESMAS BARA-BARAYA TAHUN 2016"

Akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja saudara dalam rangka "Penyusunan Karya Tulis Ilmiah" sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 15 Juli s/d 12 Agustus 2016. Oleh karena itu, mohon kiranya dapat diberikan bantuan seperlunya.

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Makassar, 15 Juli 2016

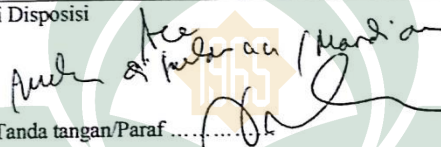

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Makassar



Dr. H. WASIAH T. AMIN, M.Kes
Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP.1960101419803 2 001

Tembusan:
1. Yang Bersangkutan
2. Arsip

LEMBAR DISPOSISI

Indeks :		Kode :
Tanggal Nomor	: 15 Juli 2016 - 440/2301/BSM/VII/2016	
Asal Surat	: BSM	
Isi Ringkas	: 1200 pucuktra, an. Marwulan	
Diterima Tanggal	: 19 - 7 2016	
Nomor Agenda	:	
Tanggal Penyelesaian : 19 - 7 2016		
Isi Disposisi  Tanda tangan/Paraf	Diteruskan Kepada 1. p. grup pnc. 2. 3.	
Sesudah digunakan harap dikembalikan kepada : 		



DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR
PUSKESMAS BARA-BARAYA
Jl. Abubakar Lambogo No 143 Tlp. (0411) 439469, Email: pkm.bara-baraya@yahoo.com.
MAKASSAR

SURAT KETERANGAN

No. 316 / Pusk/BRY/TU/X/2016

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Puskesmas Bara-Baraya menerangkan bahwa :

N a m a : **NURWARIDHA**
Nim/ Jur : 70400113014 / Kcbidanan
Instansi : Mahasiswa (D 3) UIN ALAUDDIN
J u d u l : **"MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTERNATAL
PATOLOGI DENGAN PERSALINAN POST MATUR DI
PUSKESMAS BARA-BARAYA TAHUN 2016"**

Telah melaksanakan penelitian di Puskesmas Bara-Baraya terhitung mulai pada tanggal 19 Juli s/d 12 Agustus 2016.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya .

Makassar, 17 Oktober 2016

An. Kepala Puskesmas Bara-Baraya
Kasubag. Tata Usaha

Namchar Kautshar, SKM, MM., M.Kes.
Nip. 19700602 199103 1 005

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR

PERSETUJUAN UJIAN HASIL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : NURWARIDHA

NIM : 70400113014

JUDUL : MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL
PATOLOGI DENGAN PERSALINAN POST MATUR DI
PUSKESMAS BARA-BARAYA MAKASSAR TAHUN 2016.

Karya Tulis Ilmiah ini Telah disetujui untuk diajukan dalam seminar Hasil Karya
Tulis ilmiah Jurusan Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN
Alauddin Makassar.

Samata-Gowa, 17 Oktober 2016

Pembimbing



Firdayanti, S.SiT., M.Keb

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN
M A K A S S A R



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R